

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

26

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 mars 1900, à 1 heure

Par M^{lle} CÉCILE MOTCHANE

Née à Saint-Petersbourg.

SUR

CERTAINES FORMES DES CONTRACTURES
DANS L'ATHÉTOSE

Président : M. BRISSAUD, professeur.

*Juges : { MM. JOFFROY, professeur.
GILLES DE LA TOURETTE et WIDAL, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical*

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 mars 1900, à 1 heure

Par M^{lle} CÉCILE MOTCHANE

Née à Saint-Petersbourg.

SUR

CERTAINES FORMES DES CONTRACTURES DANS L'ATHÉTOSE

Président : M. BRISSAUD, professeur.

Juges : { MM. JOFFROY, professeur.
GILLES DE LA TOURETTE et WIDAL, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYE.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Médecin des Hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'honneur.

SUR

CERTAINES FORMES DES CONTRACTURES DANS L'ATHÉTOSE

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de témoigner notre reconnaissance à tous les maîtres qui nous ont guidé dans notre instruction médicale, soit par leurs leçons à la Faculté de Médecine, soit par leur enseignement clinique dans les hôpitaux.

Monsieur le docteur Ballet était notre premier maître en médecine, ses leçons et sa bienveillance ne s'effaceront jamais de notre souvenir ; c'est sur son conseil que nous avons entrepris ce travail. Qu'il nous permette en cette occasion de lui exprimer notre profonde reconnaissance. C'est à M. le docteur Thiery que nous devons la majeure partie de notre enseignement chirurgical ; nous ne saurions trop l'en remercier.

Nous prions aussi nos autres maîtres : MM. les docteurs Chauffard, Siredey, Dreyfus-Brisac, Tillaux, Pinard, Pozzi, Sevestre, Moizard, Gombault d'accepter l'hommage de notre profonde gratitude.

Que M. H. Bernard, interne des hôpitaux, veuille agréer l'expression de notre reconnaissance, pour les bons conseils qu'il nous a donnés toutes les fois que nous avons abusé de sa bienveillance.

Nous tenons à remercier M. le docteur Babinski pour l'obligeance avec laquelle il a mis à notre disposition les photographies d'un de nos malades.

Nous remercions tout particulièrement M. le professeur Brissaud du grand honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

I

Nous avons observé dans le service de notre maître, le Dr Ballet, deux cas d'athétose, l'un unilatéral, l'autre bilatéral, qui ont présenté, tant au point de vue de la symptomatologie, qu'au point de vue du diagnostic un certain nombre de particularités intéressantes.

C'est l'étude de ces deux cas qui fera l'objet de ce modeste travail.

Après avoir présenté nos deux malades, nous ferons un rapide tableau des différents états morbides dont ils se rapprochent le plus et nous conclurons au diagnostic d'athétose, dont ils constituent d'ailleurs, et c'est ce qui fait leur intérêt, des formes atypiques.

OBSERVATION I (Personnelle).

A. G... âgé de 19 ans, entre le 13 Novembre 1899 à l'hôpital St-Antoine.

Antécédents héréditaires. — Père très nerveux, aurait été atteint pendant trois mois, à l'âge de 18 ans, de mouvements choréiques.

Mère morte tuberculeuse.

Deux frères bien portants.

Grand-mère paternelle morte diabétique.

Un oncle paternel aurait eu la chorée.

Antécédents personnels. — A l'âge de huit mois, convulsions. Etant enfant, le malade était sujet à des violentes colères; à l'âge de dix ans, le jour de l'enterrement de sa mère, il se mit dans une grande colère et brisa même plusieurs objets.

Il commença à aller en classe à cinq ans; il apprit assez facilement et fit ses classes jusqu'à l'âge de 14 ans. A cette époque (de 5 à 14 ans) il présentait déjà des troubles de la marche: de temps en temps l'un des pieds passait derrière l'autre, l'accrochait, et il tombait.

Etant en classe, à l'âge de 14 ans, il a remarqué des

troubles de l'écriture, il ne pouvait tracer des caractères, il perçait ses cahiers avec la pointe de sa plume, mais après avoir pris des leçons d'écriture, il put se remettre à écrire.

Depuis l'âge de 14 ans le malade a fait des excès d'alcool (1 litre 1/2 de vin Kola-Coca par jour, beaucoup de vin d'Espagne, 2-3 petits verres d'alcool à 90°).

A l'époque où il sortait de l'école, sa famille est allée en Espagne ; il a appris facilement l'espagnol et est entré comme commis dans une maison de commerce, où il est resté un an ; mais il a été forcé de quitter la maison à cause d'une raideur du bras gauche qui lui était survenue ; en même temps, il avait de la difficulté de la marche, il marchait en fauchant de la jambe droite ; et de temps en temps il présentait des brusques contractures de la face. Mais, malgré ces troubles de la marche, il y a deux ans le malade pouvait encore faire de la bicyclette.

Le malade est revenu à Paris il y a deux ans ; il a continué à boire, plus même qu'auparavant et depuis les troubles moteurs n'ont fait que s'accroître.

La contracture du bras gauche a augmenté ; le malade porte son bras gauche fléchi derrière le dos et soutenu par le bras droit ; quand il s'agit de vaincre cette contracture le malade y arrive assez difficilement et, immédiatement après, le bras se remet dans sa position première.

Il y a un an, la langue a été prise d'une contracture de la pointe et le malade a parlé depuis plus difficilement qu'auparavant.

Il y a quatre mois, le malade a remarqué que le bras gauche a été pris de mouvements oscillatoires chaque fois

qu'il le portait en avant et voulait vaincre la contracture ; en outre la force de la main gauche a beaucoup diminué.

Il y a un mois et demi, le bras droit a été pris de légers mouvements spasmodiques.

A peu près à la même époque des mouvements de même nature sont apparus aux jambes, gênant considérablement la marche.

Le malade a été soumis à différents traitements : bromure, arsenic, mécano-thérapie, électrothérapie, hydrothérapie, aucun de ces traitements d'ailleurs n'a été suivi régulièrement.

Etat actuel. — Asymétrie faciale très marquée : du côté gauche de la face, tous les plis sont plus accentués et ce côté dans son ensemble paraît notablement plus petit que le droit.

La voûte palatine est fortement ogivale.

La pointe de la langue, contractée, est légèrement soulevée en haut, et le bout de la langue est bifide.

Lorsqu'on regarde le malade on est frappé de l'attitude de ses membres supérieurs : l'avant-bras gauche, fortement fléchi sur le bras, est appuyé derrière le dos ; la main est fermée, mais de temps en temps elle s'ouvre et les doigts étendus s'écartent l'un de l'autre pour se rapprocher de nouveau quand la main va se fermer. Les mouvements qu'exécutent les doigts sont des petits mouvements lents de flexion, d'extension, d'adduction et d'abduction. Il existe une légère contracture des muscles sterno-cleido-mastoïdien et trapèze du côté gauche : aussi le malade tient-il habituellement sa tête tournée du côté droit et penchée du côté gauche.

Telle est l'attitude habituelle du membre (fig. 1^{re}) ; mais la contracture peut être vaincue par le malade lui-même, et l'on voit que, de temps en temps, il exécute un mouvement plus ou moins brusque d'extension qui remet son bras en avant ; aussitôt l'avant-bras se fléchit de nouveau et s'applique fortement sur la poitrine, la main étant placée sous l'aisselle du côté opposé (fig. 2 et 3).

Lorsque l'avant-bras est étendu, si on veut le fléchir, on ressent une forte résistance, puis brusquement il se fléchit de lui-même comme un ressort.

Le bras droit est accolé au tronc et les doigts sont agités des mêmes mouvements de flexion, d'extension, d'adduction et d'abduction, qu'exécutent les doigts de la main gauche.

Les jambes sont comme les bras, en contracture intermittente ; le malade étant couché, la jambe gauche est fléchie sur la cuisse ; si on le fait asseoir sur le bord duit, on remarque que les pieds sont contracturés en varus-équien.

Les phalanges des gros orteils sont en extension, les autres en flexion. L'astragale paraît subluxé en avant (fig. 3), mais cette subluxation est intermittente : dès que le malade met le pied à plat, la voussure disparaît.

Si on dit au malade d'exécuter des mouvements de flexion du pied on remarque que ces mouvements sont difficiles surtout à gauche. Toutefois la contracture peut être vaincue complètement.

Dans le lit, les jambes sont continuellement agitées de mouvements ; ceux-ci sont une gêne considérable pour le malade qui change de place à chaque instant, croyant toujours trouver une position capable de le soustraire à ces mouvements.

Le malade marche sur la pointe du pied droit ; la jambe droite se fléchit assez bien sur la cuisse ; quant à la jambe gauche elle reste étendue sur la cuisse et, pour marcher, le malade porte sur le sol d'abord le talon du pied gauche, le reste du pied ensuite. En somme sa marche ressemble à celle d'un hémiplégique contracturé qui serait atteint de genu valgum du côté opposé à sa contracture.

La sensibilité est à peu près intacte ; cependant on peut constater une anesthésie relative à la douleur et à la température sur la face dorsale des cinq doigts de la main gauche ; à la main droite, la même diminution se constate à la face palmaire des cinq doigts.

Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés.

Le signe de l'orteil (signe de Babinski) existe des deux côtés, mais il est plus prononcé à gauche.

Le malade ne peut mâcher les aliments qu'avec beaucoup de difficulté à cause des spasmes de la langue et des mâchoires ; aussi n'avale-t-il que très péniblement, la langue ne pouvant pas s'appliquer sur la voûte palatine.

L'appétit est faible.

Aucun trouble urinaire.

Le malade est sujet à des érections nocturnes suivies d'émission de sperme.

L'examen des autres organes a été complètement négatif.

Jusqu'à l'âge de dix ans, il a donné des preuves de très bonne mémoire ; il a remporté des prix à l'école. Après douze ans, il prétend avoir eu des difficultés à fixer son attention et sa mémoire a diminué.

On ne constate pas actuellement de troubles intellectuels manifestes.

OBSERVATION II (Personnelle) (1)

D... âgé de 34 ans. Colporteur, entre le 7 novembre à l'hôpital St-Antoine.

Antécédents héréditaires. — Mère grande névropathe, est morte d'une maladie de la moelle (?) ayant duré quatre ans. Père très nerveux, était hystérique (?). Il n'a eu qu'un frère mort à l'âge de huit mois de congestion cérébrale.

Antécédents personnels. — Le malade n'a pas eu de convulsions, mais il a eu de grandes terreurs nocturnes dans l'enfance ; il dit avoir uriné dans le lit jusqu'à l'âge de 13 ou 14 ans.

Sa première maladie est une fièvre typhoïde à dix ans ; à seize ans il a la scarlatine ; à 25 ans une blennorrhagie.

C'est un grand éthylique et surtout un buveur d'absinthe (7-8 absinthes par jour et deux litres de vin en moyenne). Il exerce, de 27 à 30 ans la profession de coureur professionnel.

La maladie actuelle aurait débuté au commencement de l'année 1896. Le malade s'aperçoit un soir que les doigts de la main gauche sont agités de tremblement, survenu sans cause connue. Cela dure pendant un an, puis toujours sans cause appréciable et brusquement, la contraction place le membre supérieur dans la position qu'il a

1. Ce malade a été présenté par M. Babinsky, à la Société de neurologie (1^{er} février 1900).

actuellement. Cette contracture a atteint d'emblée le degré qu'elle possède et ne s'est pas modifiée depuis.

Le malade n'accuse aucun autre trouble somatique. Mais il a constaté que son caractère depuis 1896 s'était modifié ; il est irritable, s'emporte facilement, accuse une grande émotivité, mais n'a jamais eu d'attaques, ni de crises nerveuses.

Etat actuel. — La face est congestionnée ; il existe une légère asymétrie faciale ; les traits et la pointe de la langue sont légèrement attirés à gauche.

Mais ce qui frappe surtout c'est l'attitude du bras gauche. A l'état statique, il place ce membre derrière le dos, position qui lui paraît la moins gênante ; l'avant-bras est fléchi sur le bras, la main fléchie sur l'avant-bras ; les doigts sont agités de petits mouvements spasmodiques de flexion, d'extension, d'adduction et d'abduction. (Fig. 4 et 5).

Des spasmes plus ou moins étendus parcourent également les muscles du bras et de l'avant-bras.

Ces spasmes sont surtout prononcés lorsque le malade cherche à porter son bras en avant : alors, l'épaule se soulève, la tête est rejetée en arrière et participe aussi aux mouvements qu'exécute tout le membre ; l'avant-bras se fléchit sur le bras et la main est agitée des mêmes mouvements spasmodiques.

Le malade arrive à vaincre la contracture en y mettant toute sa volonté, et alors il projette brusquement le bras en avant ; pour cela il le met en extension plus ou moins complète, puis aussitôt le fléchit de nouveau, mais en avant du corps (Fig. 6).

De même on arrive à étendre le bras, mais pendant ce mouvement forcé on voit et on sent des mouvements spasmodiques qui tendent à s'y opposer ; ces mêmes mouvements continuent pendant tout le temps de l'extension et si on ne laisse pas le membre reprendre sa position première, c'est le corps du malade qui se déplace de telle sorte que le bras retrouve son attitude de flexion.

Lorsque le bras gauche est placé en avant, la main droite serre fortement la main gauche afin de s'opposer à ces mouvements spasmodiques qui incommode le malade.

La nuit, il est obligé de placer le bras gauche sous le corps, pour empêcher les spasmes qui gênent le sommeil.

Les muscles du cou participent aux mouvements spasmodiques du membre, ce qui donne une situation assez particulière à la tête (figure 6) : si on recommande au malade de se tenir bien droit et de rester immobile, on constate que l'axe du cou est oblique en haut et à gauche, au lieu d'être vertical ; en outre la tête paraît déplacée latéralement et à gauche par rapport au cou, de façon que le plan latéral droit de la tête se continue avec celui du cou sans ressaut au niveau du maxillaire inférieur et qu'au contraire la dépression normale sous-maxillaire est très exagérée à gauche.

Rien au membre inférieur, si ce n'est que le gros orteil du côté gauche est en extension forcée sur le métatarse ; cette extension s'accuse lorsqu'on promène une épingle sur la pulpe de l'orteil (signe de Babinski).

Le malade n'a pas d'empire sur ces spasmes, qui à propos d'un mouvement intentionnel ou d'un effort s'accen-

tuent, pour cesser pendant le sommeil, à condition toutefois que le bras gauche soit placé sous le corps.

Notons que les contractures et les spasmes se font sans aucune douleur.

Pas de troubles de la sensibilité générale ni spéciale.

Les réflexes tendineux sont normaux, les réactions électriques également. L'examen des autres organes ne révèle rien à signaler.

Il n'existe aucun trouble de l'intelligence ; cependant il paraît avoir eu des hallucinations auditives.

Telle est l'observation qui était recueillie au mois de novembre dernier. Mais une autre observation du même malade a été retrouvée dans le service du D^r Ballet ; cette observation date du mois de Mars 1892, époque à laquelle le malade était entré une première fois dans le service.

Elle nous paraît assez intéressante pour en donner ici le résumé.

OBSERVATION II *bis* (17 mars 1892)

Malade D. — Coureur, 26 ans.

A. H. — Mère morte d'une maladie de la moelle épinière. Père mort hydropique.

A. P. — Fièvre typhoïde à 5 ans.

Scarlatine à 16 ans.

Une blennorrhagie à 22 ans.

Il y a un an, pendant une course, le malade fait une chute sur le moignon de l'épaule gauche. Depuis cet accident, progressivement le bras gauche faiblissait, et cette diminution de la vigueur était déjà appréciable un mois

après l'accident ; l'avant-bras et la main perdaient également de leur force.

En même temps, 15 jours environ après la chute, les mouvements du membre supérieur étaient difficiles, nécessitant un effort notable ; le membre semblait raide, les mouvements intentionnels s'accompagnaient de tremblement.

Etat actuel. — Il existe une légère asymétrie faciale : les traits et le bout de la langue sont attirés à gauche. Le bras gauche est serré contre le tronc ; l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras, se trouve porté horizontalement derrière le tronc ; la main est fléchie sur l'avant-bras et les doigts fléchis dans la paume de la main. Cette attitude paraît être une modification de celle que présente physiologiquement le sujet dans l'exercice de la course : (attitude du pas gymnastique).

Les mouvements de flexion et d'extension des divers segments du membre supérieur gauche s'exécutent avec raideur.

Si on dit au malade d'élever le bras, on sent la corde formée par le tendon du grand pectoral qui contrarie le mouvement.

Si on lui demande d'étendre l'avant-bras, la contraction du biceps gêne notablement l'action du triceps.

A l'état de repos, de temps en temps les muscles du membre supérieur gauche sont agités de petites contractions de quelques secondes de durée.

Les mouvements intentionnels sont désordonnés, oscillatoires comme dans la sclérose en plaques.

Une sorte de gymnastique préparatoire atténue le

tremblement. Ainsi pour lui faire saisir un verre, si on décompose le mouvement.

α. Etendez le bras.

β. Etendez le bras, prenez le verre.

Il prend le verre plus facilement.

La force musculaire est diminuée à gauche ; au dynamomètre, main droite. . . 50

main gauche . . . 30

Sensibilité au contact, à la température, à la douleur diminuée du côté gauche.

Il existe une légère anesthésie pharyngée.

Les réflexes tendineux sont exagérés à gauche.

Il se rappelle avoir eu 3 ou 4 crises qui consistèrent en céphalalgie, fatigue, sensation de boule remontant de l'épigastre à la gorge, quelques mouvements convulsifs des membres ; il ne perd pas connaissance et en un quart d'heure tout est fini.

L'examen des autres organes n'a rien révélé.

Etat psychique. — Caractère bizarre ; il a fait tous les métiers, devenant de photographe coureur professionnel, de coureur artiste lyrique.

Si nous reprenons ces deux observations dans leurs grandes lignes, nous voyons que chez nos deux malades le tableau symptomatique est constitué par deux phénomènes dominants, les *contractures* plus ou moins intermittentes d'une part, et d'autre part les *mouvements des extrémités*. Mais à ces deux phénomènes cardinaux s'ajoutent des *spasmes* et *mouvements variés*, qui viennent rendre complexe le tableau clinique, et nécessitent une étude analytique attentive des divers symptômes pour

dégager l'entité morbide qui leur sert de substratum.

Aussi nous paraît-il nécessaire, avant de faire cette analyse, de rechercher dans quelles affections se retrouvent tout ou partie des symptômes observés chez nos malades, et de résumer rapidement les caractères principaux de ces affections.

Nous éliminerons d'emblée les tremblements divers, puisqu'il n'y a pas de tremblement chez nos malades.

Nous insisterons surtout sur l'athétose, la maladie des tics et la chorée chronique, affections qui paraissent le plus se rapprocher de nos cas.

Munis de ces connaissances nous aborderons ensuite la discussion du diagnostic.

III

Athétose.

L'athétose (sans position fixe) telle qu'elle a été décrite par Hammond en 1871 « se caractérise principalement par l'impossibilité dans laquelle se trouve le malade de maintenir les doigts et les orteils dans la position où ils ont été placés, parce qu'ils sont agités par des mouvements continuels » (1). Dans le cas observé par cet auteur, il existait comme symptômes contingents des crises d'épilepsie, de la céphalalgie, du tremblement de la langue, de l'engourdissement du côté malade, des douleurs dans les muscles affectés, des spasmes.

A dater de cette époque on commence à s'occuper de l'athétose à l'étranger et en France. Glay-Schaw en Angleterre, en 1873, décrit « l'imbécillité avec ataxie », (2) maladie qu'il distingue de la chorée chronique d'une part, et de l'athétose telle qu'elle a été décrite par Hammond d'autre part. En effet, la maladie d'Hammond est une hémithétose, celle de Glay-Schaw une athétose double.

1. M. A. Hammond. *Traetise of diseases of the Nervous System*, 1871.

2. Glay-Schaw. *On athetosis or imbecility with ataxia sil cases*. *St. Barth. Hosp. Rep. London*, 1873.

En France, le premier travail sur l'athétose est la thèse d'Oulmont (1). Depuis, de nombreuses observations de cette affection ont été publiées tant en France qu'à l'étranger. Nous ne citerons ici que la monographie d'Audry (2) et la thèse de Michailovsky (3).

Quant à la nature de la lésion, voici ce qu'en dit Hammond : cette lésion peut être située soit dans la substance grise du cerveau ou de la moelle épinière, soit dans ces deux organes en même temps. Jusqu'à ce que la question soit définitivement résolue, j'ai cru préférable de ranger l'athétose parmi les affections cérébro-spinales, avec lesquelles elle a du reste beaucoup d'analogie. Pour lui c'est une maladie spéciale, autonome, correspondant à un type anatomique.

A l'heure actuelle, deux théories sont en présence : pour les uns l'athétose est une maladie, pour les autres elle n'est qu'un syndrome. Tous conviennent qu'il s'agit d'une affection de l'encéphale ; quant à ce qui est de préciser le siège et la nature de la lésion, l'accord n'est pas encore fait à ce sujet.

« L'absence, la variabilité et la banalité des lésions, ainsi peuvent se résumer nos connaissances au sujet de l'anatomie pathologique de l'athétose double (4) ».

L'athétose est unilatérale (hémiathétose) ou bilatérale.

1. Oulmont. Thèse de Paris, 1878.

2. Audry. *Athétose double et chorée chronique de l'enfance*, Paris 1892.

3. Michailovsky, *Etude clinique sur l'athétose double*, Thèse de Paris 1892.

4. Michailovsky. *Thèse de Paris*. 1892, p. 73.

a. — *Hémiathétose*. — L'hémiathétose peut être primitive, mais habituellement elle est consécutive à une autre affection cérébrale. Affection de l'âge adulte lorsqu'elle succède à l'hémiplégie causée par une hémorrhagie ou un ramollissement cérébral, elle survient également dans l'enfance lorsque l'hémiplégie est due à l'atrophie cérébrale.

La maladie se manifeste par des *mouvements* dont le caractère est très spécial : ces mouvements apparaissent d'habitude peu après le début de l'hémiplégie, au moment même, en général, où reviennent les mouvements intentionnels ; mais l'athétose n'arrive pas immédiatement à sa période d'état ; elle s'installe lentement, progressivement, permettant d'abord au malade de vaquer à ses occupations habituelles, pour devenir ensuite la cause d'une gêne considérable, et constituer même souvent une véritable infirmité.

Les mouvements siègent du côté paralysé ; ils peuvent atteindre la face et les deux membres, mais leur siège de prédilection ce sont les doigts et les orteils.

Ces mouvements sont très lents ; on les a comparés à ceux des tentacules d'un poulpe marin ; cette lenteur, bien qu'ils soient involontaires, leur donne l'aspect de mouvements volontaires, longuement réfléchis, destinés à un but, ce qui leur a valu le nom de mouvements intentionnels en Amérique, de mouvements de préhension en Allemagne.

Autre caractère, ils ont leur plus grande amplitude aux doigts et aux orteils.

Les doigts sont agités de tous les mouvements qu'ils

peuvent exécuter à l'état normal, flexion, extension, abduction et adduction ; ils peuvent se mouvoir tous ensemble ou indépendamment les uns des autres.

Quant aux muscles atteints, ce sont les interosseux dorsaux et palmaires, d'une façon constante, puis par ordre de fréquence les fléchisseurs et les extenseurs des doigts, les extenseurs et les adducteurs du pouce, les cubitaux antérieur et postérieur, plus rarement les deux radiaux.

Les mêmes mouvements se voient aux orteils, mais moins prononcés, avec participation inconstante du tarse et de l'articulation tibio-tarsienne.

A la face, les mouvements, limités aussi du côté paralysé, donnent naissance aux expressions et aux grimaces les plus variées.

Ces mouvements sont continuels ; cependant ils disparaissent durant le sommeil ; dans quelques cas, rares à la vérité, loin de disparaître pendant la nuit, ils augmentent au contraire et deviennent une cause d'insomnie.

Ils sont exagérés par l'émotion, souvent même au point d'amener des troubles de la marche, de la préhension etc.

Après les mouvements que nous venons de décrire, la *rigidité* des membres est le signe le plus important. Aux membres inférieurs, où la contracture est habituellement plus prononcée, la jambe est en flexion, le pied en varus équin ; aux membres supérieurs la flexion est presque la règle.

Tels sont en somme les signes cardinaux de l'hémiathétose.

Si nous ajoutons qu'elle se complique souvent d'hémi-anesthésie sensitive ou sensorielle, de troubles de la nutrition, de déformations articulaires, de douleurs, nous aurons énuméré tous les symptômes de l'affection.

Quant à l'intelligence elle n'est pas nécessairement atteinte.

L'évolution de l'hémiathétose est lente et progressive, le pronostic n'est pas fatal, en ce sens que l'existence n'est pas directement menacée, mais comme la maladie ne guérit pas spontanément et comme le traitement est à peu près nul, les malades restent infirmes toute leur vie.

OBSERVATION III (Oulmont)

Hémiplégie droite. Rigidité du côté droit. Hemiathétose de la main et du pied droit avec spasmes intermittents des articulations radio-cubitales et de l'épaule.

(Résumé)

Antécédents. — Dur., âgée de 57 ans, dortoir Sainte-Marie à la Salpêtrière, ne se souvient pas avoir jamais eu de maladies. Pas d'affections nerveuses dans sa famille. Elle a eu trois sœurs plus âgées qu'elle mortes l'une de la poitrine les autres de maladies inconnues. Elle a été mariée, mais n'a pas eu d'enfants.

Elle n'est plus réglée depuis 8 ans.

Il y a 2 ans et demi Dur... est frappée d'apoplexie ; après être restée 2 heures sans connaissance, elle se réveille avec une hémiplégie complète de la moitié droite de la

face et du côté droit. Elle parle avec une grande difficulté, cherche longtemps ses mots, sans dire cependant un mot pour un autre et son langage est à peu près intelligible. Le bras et la jambe droits sont privés de tout mouvement.

L'anesthésie a-t-elle existé à cette époque ; la malade ne peut donner là dessus aucun renseignement.

Ce n'est que 9 mois après que la motilité reparait, d'abord dans la jambe, puis dans le bras droit, et c'est à ce moment à peu près, avant que la malade ne puisse se lever seule, que des contractions bizarres apparaissent dans la main et le pied droits.

Etat actuel. — Femme petite, maigre, assez bien portante, d'intelligence très médiocre.

Motilité. — A la face le pli naso-labial est un peu plus profond à droite qu'à gauche. La bouche n'est pas déviée, la pointe de la langue est fortement attirée à droite. Le langage est assez distinct, mais la langue est lourde et les mots sont scandés.

Au membre supérieur, le mouvement est incomplètement revenu, le bras ne peut être porté dans l'abduction jusqu'à l'horizontale ; au coude il existe une raideur, l'extension n'est pas tout à fait complète et l'on provoque en forçant le mouvement une douleur au niveau du biceps, La main étreint faiblement les objets.

Au membre inférieur persiste encore un certain degré de parésie, la malade au lit soulève facilement la jambe, repousse assez fortement la main qui s'oppose à l'extension du genou, mais avec moins de vigueur à droite qu'à gauche. Pas de contracture.

La sensibilité générale. — Partout intacte à la température, au toucher, à la douleur.

La sensibilité spéciale est aussi normale.

La main et le pied droits sont rouges, froids, pas de douleurs spontanées, mais légère douleur à l'épaule lorsqu'elle participe aux mouvements du bras.

Légère hypertrophie des muscles du membre malade.

Mouvements du bras droit. — Au repos la malade tient l'avant-bras en demi-flexion et fortement appliqué contre le corps; la main est complètement fléchie sur l'avant-bras; les phalanges sont fléchies à angle droit sur la paume de la main, les phalanges en extension forcée sur les phalanges, les phalanges en extension simple. L'index fait exception; il est à demi fléchi dans son articulation phalango-phalangienne. De plus les doigts sont imbriqués dans l'ordre suivant: l'index sur le médus, et celui-ci sur les deux derniers doigts. Telle est la première position de la main. Si la malade cesse de la tenir appuyée contre elle ou de la maintenir avec l'autre main, les doigts se placent immédiatement dans l'abduction forcée; leur extension s'exagère encore davantage, au point de décrire une courbe à concavité dorsale (l'index seul reste à demi fléchi) puis l'avant-bras passant de la pronation à la supination, la main exécute un mouvement de rotation; son bord cubital, externe dans la première position devient d'abord inférieur, puis interne; la paume devient supérieure d'inférieure qu'elle était; enfin la main est étendue sur le poignet. Cette deuxième position ne dure qu'un instant. La main se fléchit à angle droit sur l'avant-bras. L'abduction des doigts arrive à son extrême limite, l'extension

persiste et c'est là la troisième position. Avec cette rotation de la main coïncide un mouvement d'élévation et d'extension du bras tout entier qui se produit dans l'épaule : aussi la rotation de la main s'opère presque derrière le dos, au niveau de la cinquième ou sixième côte. Tous ces mouvements se font sans aucune douleur ; seul celui qui se passe dans l'épaule provoque une sensation un peu douloureuse. Leur caractère est d'être lent et comme produit avec effort ; ils sont si exagérés qu'on peut croire à une subluxation des phalanges ; et du reste les ligaments des articulations phalangiennes sont d'une laxité bien supérieure à celle de l'état normal.

La volonté n'a pas d'influence sur ces mouvements. Quand la main est placée dans la troisième position elle y reste indéfiniment si l'autre ne va pas la chercher pour la remettre en place.

Si elle est livrée à elle-même, la série des trois positions qui viennent d'être décrites se reproduit invinciblement ; aussi la malade tient-elle sa main appuyée contre le corps, ou plutôt et c'est là son attitude habituelle, elle la tient serrée dans la main gauche.

En dehors de ces attitudes forcées, il n'y a pas d'autres mouvements de la main, quand la malade est au repos complet. Quand elle travaille, et elle ne peut que faire de la charpie, elle maintient le chiffon sur ses genoux avec les doigts de la main droite ; l'annulaire et le médus en extension forcée, sont tout à fait immobilisés ; l'index légèrement fléchi, surtout dans sa 3^e articulation, est agité continuellement de très légers mouvements de flexion.

Si la malade marche, ces mouvements deviennent plus rapides et plus étendus.

Mouvements du pied droit.—Le pied est habituellement fléchi à angle droit sur la jambe, les orteils sont fortement fléchis dans leur articulation métatarso-phalangienne, de façon à former un angle droit avec le métatarse ; de plus ils sont énergiquement serrés les uns contre les autres. De temps en temps ils reviennent lentement à leur position normale ; ces mouvements du reste comme ceux des mains, échappent à l'action de la volonté. Pendant la marche la flexion forcée des orteils devient permanente, et rend ainsi la station très difficile ; le pied n'est appuyé que sur le talon ; il prend à peu près l'aspect du pied bot-talus.

b. — *Athétose double* . — De même que l'hémiathétose est le plus souvent symptomatique, de même l'athétose double est presque toujours primitive.

Ici les mouvements sont généralisés à tout le corps, plus spécialement toutefois aux extrémités des membres.

Lorsque l'athétose n'est pas congénitale, elle apparaît le plus souvent dans la première enfance, plus rarement à l'âge adulte.

Elle débute tantôt par des troubles moteurs, tantôt par des troubles intellectuels.

La maladie s'installe lentement, progressivement et sans cause occasionnelle appréciable ; toutefois elle peut être précédée de convulsions, accompagnée ou non de fièvre, de délire.

Quelquefois les mouvements, limités d'abord à un côté du corps, mettent un temps plus ou moins long pour ga-

gner l'autre côté, et ainsi l'hémiathétosique d'aujourd'hui deviendra athétosique double. Le malade de Griedenberg (1) a eue le bras droit atteint à 8 ans, le bras gauche à 14. Et il n'est pas impossible qu'un de nos malades, hémiathétosique actuellement, devienne athétosique double.

Dans l'athétose double, avons-nous dit, les mouvements sont habituellement généralisés à tout le corps, mais plus prononcés aux extrémités. Ils sont involontaires; irréguliers, lents, exagérés et se produisent avec une raideur caractéristique de l'athétose.

Leur début se fait ordinairement par la face, qui est le plus souvent atteinte des deux côtés; notons qu'ils sont en général plus accusés dans les muscles inférieurs, où ils provoquent le rire large et spasmodique.

La langue participe le plus souvent aux mouvements de la face; du fait de ces trémulations incessantes elle peut s'hypertrophier au point de perdre droit de domicile dans la bouche. Cette hypertrophie se rencontre d'ailleurs souvent sur les autres parties du corps animées de mouvements athétosiques, et comme à la face elle est due aux contractions incessantes.

Les membres supérieurs se prennent en même temps, que la face, quelquefois même avant elle; les mouvements sont toujours plus intenses aux mains, ils peuvent même ne pas s'étendre au delà; les doigts sont agités de ces mouvements qu'on a comparés aux mouvements des tentacules du poulpe marin.

D'après Michailovsky (1), ce sont surtout des mouve-

1. Griedenberg, *Wratch*, 1882, p. 657.

2. Michailovsky. Thèse de Paris, 1892.

ments de flexion et d'extension alternatifs (sans être rythmés) d'où fermeture et ouverture successives de la main ; à ces mouvements s'en ajoutent d'autres d'adduction et d'abduction des doigts : lorsque la main s'ouvre, les doigts s'écartent les uns des autres et ils se rapprochent lorsqu'elle se ferme.

Il faut ajouter que ces mouvements des doigts sont indépendants, chaque doigt se meut isolément et pour son compte personnel.

Ici, comme dans l'hémiathétose, les interosseux dorsaux et palmaires sont atteints dans tous les cas avec une intensité variable ; puis viennent les fléchisseurs et les extenseurs des doigts, le long et le court adducteur du pouce, les cubitaux antérieurs et postérieurs et les deux radiaux.

Aux membres inférieurs, les mouvements, moins prononcés, prédominants aux pieds et aux orteils, présentent les mêmes caractères qu'aux membres supérieurs.

Le cou et le tronc peuvent aussi participer à ces mouvements.

Comparables en tous points à ceux de l'hémiathétose, ces mouvements sont continus à l'état de repos, disparaissent pendant le sommeil (sauf cas exceptionnels), sont exagérés par l'émotion, l'effort, les actes volontaires.

La volonté n'a pas d'influence sur eux.

Un grand caractère de l'athétose double, c'est l'état spasmodique ; au minimum pendant le repos, cet état augmente à propos d'un acte voulu et peut aboutir à une véritable contracture, ce que nous voyons chez nos deux malades.

Les troubles fonctionnels sont le résultat de ces mouvements involontaires et de cet état spasmodique des muscles. Les mouvements volontaires sont difficiles et parfois même impossibles ; les malades ne peuvent souvent ni s'habiller, ni manger seuls ; lorsque la marche est possible, elle est spasmodique : Le tronc est raide, cambré, le malade marche comme un « canard », les cuisses et les genoux légèrement fléchis, les genoux frottant l'un contre l'autre, les jambes très écartées ; les pieds en varus-équin ; les bras sont écartés en balancier, pour maintenir l'équilibre.

Les troubles de la parole et de l'écriture sont très fréquents : l'articulation des mots est très lente, très pénible ; « la parole est tirée hors de la bouche » ; la voix est souvent un peu nasonnée et gutturale.

L'écriture est griffonnée, tremblante, souvent illisible, quelquefois même impossible.

Il n'est pas rare, au cours de l'athétose double, d'observer des hypertrophies musculaires, des laxités articulaires, résultant de l'excès du fonctionnement ; les laxités articulaires donnent souvent lieu à de véritables subluxations spontanées des phalanges et des autres articulations.

Souvent aussi il existe des déviations de la colonne vertébrale, soit de la scoliose, soit de la cyphose ou de la lordose.

Quant aux troubles de l'intelligence ils ne sont pas constants ; d'après la statistique d'Audry, dans un quart des cas l'intelligence reste à peu près intacte ; elle peut même être très développée. Lorsqu'il existe des troubles de

l'intellect, ils restent à peu près stationnaires, pendant toute la durée de l'affection.

La sensibilité générale, les organes de sens et les autres organes ne présentent le plus souvent rien d'anormal.

Les réflexes tendineux sont exagérés, lorsque toutefois l'état spasmodique des muscles permet leur recherche.

L'évolution de la maladie est lente et progressive ; le pronostic ne diffère guère de l'hémiathétose ; quant au traitement il est à peu près nul.

OBSERVATION IV (Michailovsky).

Athétose double, datant de l'enfance, occupant la face et les quatre extrémités

E. C..., 48 ans, conducteur de bestiaux, entre à l'hospice de la Salpêtrière, le 10 octobre 1890, dans le service de M. le professeur Charcot.

Antécédents héréditaires. — *Père.* — Mort à 36 ans d'une fièvre typhoïde avec manifestations cérébrales.

Mère. — 76 ans, vit encore, n'a jamais eu de maladies nerveuses. Deux frères bien portants, une sœur également en bonne santé. Pas de consanguinité.

Du côté paternel. — Son père était fils unique, ni lui ni sa mère ne connaissent les antécédents. *Du côté maternel.* — Deux oncles bien portants et cinq tantes qui n'ont jamais eu de maladies nerveuses. Une de ces tantes est morte à la Salpêtrière, où elle était admise à l'asile des vieillards.

Antécédents personnels. — Le malade est né à terme, la grossesse a été bonne. Il n'a jamais eu de convulsions, pas de chorée, ni de coqueluche.

Il a marché avant un an, marchait bien, paraissait intelligent, parlait aussi très bien et apprenait également assez bien. La mère qui a été interrogée dit n'avoir rien observé d'anormal, qu'il était comme tous les enfants.

A l'âge de 7 ans la mère a remarqué que l'enfant devenait maussade, capricieux, pleurnicheur. En même temps sans cause connue, sans convulsions (la mère ne se rappelle même pas qu'il eût de la fièvre), le malade se mit peu à peu à faire des petits mouvements, des grimaces, à avoir de la difficulté à parler et devint raide. Cet état ne changea plus, et ne fit au contraire qu'augmenter petit à petit. Il a été obligé de cesser ses occupations : le médecin à cette époque lui fit mettre de côté les livres, les gros ouvrages manuels et ordonna le travail avec des petits instruments légers pour le distraire. Comme traitement il eut des bains froids, mais sans résultat. Au bout de quelque temps les mouvements des membres ont augmenté au point que le malade ne peut plus tenir rien dans les mains. On lui faisait conduire les bestiaux pour l'occuper.

Etat actuel. — Le malade est plutôt de taille grande que moyenne, il est robuste, assez fort. Tendance à l'obésité.

Pas d'asymétrie crânienne, tête bien conformée, palais normal, dentition bonne, intelligence conservée.

Membres supérieurs. — Assis sans bouger, quand on dit au malade de se tenir tranquille sur sa chaise on voit

que cela est impossible et que tout son corps est animé de petits mouvements de peu d'amplitude. Le malade est bien assis, il laisse reposer ses mains sur ses genoux. Ce sont surtout les doigts qui se meuvent. Ils ne sont pas fléchis, il n'y a pas de déformation permanente, pas de luxation ni de subluxation des phalanges, ils sont dans l'extension, se lèvent et s'abaissent alternativement, assez vite, comme s'il jouait du piano, les uns après les autres.

Le malade fait très peu de mouvements du poignet. De temps en temps quelques secousses de l'avant-bras et du bras. Les épaules se lèvent et s'abaissent et le tronc fait des mouvements de torsion soit à droite soit à gauche. La tête qui est serrée entre les épaules tourne de temps en temps aussi.

Membres inférieurs. — On voit le même phénomène se produire dans les membres inférieurs. Le malade étant même chaussé on voit que les orteils exécutent des mouvements. L'extension est plus fréquente aux gros orteils, aux quatre autres la flexion ; ils se fléchissent soit dans toutes leurs articulations, soit isolément dans leur articulation avec le métatarse ou même dans celle de la première avec la seconde phalange. Même lenteur, même exagération des mouvements qu'aux doigts, les uns par rapport aux autres, manifeste surtout entre les gros orteils et les quatre derniers, mais moins de rapidité dans la succession des mouvements. Ceux-ci persistent plus ou moins longtemps surtout pendant la marche, dans laquelle les orteils fléchis vers le sol à angle droit opposent à la progression un obstacle considérable.

Comme le poignet participe aux mouvements des doigts, le *tarse* et l'articulation tibio-tarsienne accompagnent aussi les mouvements des orteils. C'est tantôt une circumduction très lente de la pointe du pied produite par le jeu de l'articulation médio-tarsienne, une inclinaison variable sur le bord externe ou interne.

Pas de pied-bot varus ni valgus.

Mouvements très limités des cuisses et des jambes.

Face. — Ce qui frappe en premier lieu chez le malade, c'est son expression de visage. En le regardant bien on voit que deux expressions se succèdent et se remplacent. Tantôt c'est l'étonnement, l'hébètement, et tantôt c'est l'anxiété avec souffrance. Le visage est creusé de rides profondes. Le côté gauche est plus relevé que le côté droit.

Bouche pleurarde, toujours ouverte, sillons naso-labiaux, relevés et profondément creusés. Le nez épaté a ses ailes relevées comme quelqu'un qui fait un effort pour retenir l'expiration, narines dilatées.

Front étroit, fuyant, ridé ; les muscles du cuir chevelu ainsi que ceux du front se contractent souvent, ce qui augmente l'expression d'anxiété surtout quand les sourcils se lèvent ; quelques mouvements de la face qui accentuent l'expression générale surtout dans la bouche. Pas de mouvements des paupières, mais par moments une sorte de crise de mouvements très courts, d'une durée de 5 à 6 secondes.

Parole. — En le faisant parler on voit immédiatement une série de grimaces se produire comme s'il faisait un effort énorme pour ouvrir la bouche. Les sillons se creu-

sent davantage, les rides se prononcent, il fait un mouvement de bouche, mouvement qui se propage à tout le corps, mouvements des épaules, des avant-bras, les doigts se meuvent plus vite et plus fort, les membres inférieurs également et après cet effort général on obtient seulement la réponse. —

La parole sort de sa bouche comme s'il lui fallait un grand effort pour l'en arracher. Elle n'est pas saccadée, elle est brouillée à cause de la raideur et du mouvement involontaire de la langue, mal articulée, nasonnée, mal sonnante, parce que tous les muscles de la bouche, ceux qui tapissent la caisse de résonnance sont raides. C'est le type de la parole d'un individu qui a tout ce qui concourt à former l'appareil servant à la parole dans un état de raideur, de tension.

Il tire la langue hors de la bouche mais accomplit pour cela un effort considérable de tout le corps. Seule dans la bouche la langue exécute les mouvements les plus divers, il la pousse tantôt à droite, tantôt à gauche, l'applique au palais ou l'abaisse vers l'arcade inférieure, la creuse en gouttière, etc...

Le malade a tout le temps une sorte de cornage (une inspiration retenue et poussée avec force) qui tient à ce que les muscles de la glotte sont contracturés, ou bien simplement un mouvement brusque d'inspiration et d'expiration. Ce cornage augmente à chaque mouvement intentionnel, à chaque effort ou même seulement lorsque le malade est simplement émotionné.

Station debout. — Dans la station debout on voit se produire les mêmes mouvements que dans la position

assise, avec plus d'amplitude : flexion et extension, adduction et abduction des doigts de la main. Mêmes phénomènes aux pieds : de temps en temps il fléchit sur ses genoux.

Marche. — Très particulière, il écarte un peu les bras du corps, les étend en avant, les genoux légèrement fléchis, à plat sur les pieds. Pas de steppage, il lève bien les pieds, et fait des petits pas très pressés, courts, ce qui est dû à ce que les cuisses sont raides et fléchies sur le bassin, les jambes au contraire se plient bien. Pendant tout ce temps les orteils ne cessent de se mouvoir. Le malade marche plus facilement étant déshabillé et nu-pieds que chaussé, la marche ne paraît pas être influencée parce qu'on le regarde.

Écriture. — Quand on le fait écrire (il sait signer son nom) il se raidit d'abord, fait des grimaces bizarres et effrayantes, les mouvements qui existent à l'ordinaire augmentent d'intensité, le corps se tortille, le bras fait de grandes oscillations, les mouvements athétosiques des doigts deviennent plus forts. Cependant il ne laisse jamais tomber la plume ; en même temps le visage se contracte, la bouche également jusqu'à laisser sortir la langue ; la tête tourne, il fait un effort général énorme et tout ce tableau se répète à chaque lettre. Dans les mouvements intentionnels, comme par exemple pour prendre un objet et le porter à sa bouche, le bras est animé de petits mouvements involontaires, il saisit brusquement l'objet, les doigts s'étendent mais ne lâchent pas, le pouce faisant office de crochet. Pour le porter à la bouche la direction est assez bien conservée, les mouve-

ments difficiles à cause de la raideur, la tête baisse, avance vers l'objet, mais on voit augmenter en approchant au but des mouvements de tout le corps. Le mouvement du bras lui-même est lent comme s'il était obligé de vaincre une résistance.

La tête est rentrée dans les épaules et raide.

Cou gros, court, raide, on sent que les muscles sterno-cléido-mastoïdiens sont hypertrophiés. Thorax assez bien conformé.

Pas d'atrophies ni d'hypertrophies des membres ou des muscles excepté des sterno-cléido-mastoïdiens. Pas de scoliose, mais lorsque le malade se met à marcher, on observe un léger degré de lordose lombaire, le malade marche comme une femme enceinte. Pas de signe de Romberg, ses yeux ne peuvent pas rester fermés comme il voudrait à cause des mouvements involontaires de fermeture et d'ouverture des paupières.

Examen des yeux fait le 25 octobre 1890 par M. le Dr Parinaud. Pas de troubles oculaires, pas de rétrécissement du champ visuel. Pas de nystagmus. Tous les mouvements des globes oculaires conservés, mais peu stables.

Oreilles assez grandes, bien ourlées, lobule pas adhérent. Sensibilité générale bien conservée. Pas de troubles trophiques. Réflexes des poignets normaux. Réflexes rotuliens difficiles à provoquer à cause de la raideur, existent cependant, ne semblent pas être exagérés.

Température normale.

Toutes les fonctions se font très bien chez C..... : poumons, cœur, reins, estomac sont normaux, l'appétit sexuel est conservé.

Pas de sucre ni d'albumine dans l'urine.

IV

Tic convulsif.

La maladie des tics, dénommée encore maladie de Gilles de la Tourette, est « *un mouvement convulsif, habituel et conscient, résultant de la contraction involontaire d'un ou de plusieurs muscles du corps et reproduisant le plus souvent, mais d'une façon intempestive, quelque geste réflexe ou automatique de la vie ordinaire* » (1).

Ces troubles moteurs sont habituellement la première phase de la maladie, mais l'affection peut en rester là : elle constitue alors ce qu'on appelle le *petit tic*.

Le plus souvent elle passe à l'état de *grand tic* : aux troubles moteurs viennent se joindre des troubles mentaux et nous avons alors *la maladie des tics*, telle qu'elle a été décrite par Gilles de la Tourette, avec la coprolalie, l'écholalie, l'échokinésie.

Quel est le caractère des *mouvements de tic*? Ces mouvements, dit Charcot, sont systématisés en ce sens qu'ils reparaissent toujours les mêmes chez un même su-

1. Georges Guinon. Article : « *Tic convulsif*. Dictionn. encycl. des sciences médicales.

jet ; en outre ils reproduisent, en les exagérant, certains mouvements automatiques, d'ordre physiologique, appliqués à un but ; c'est ainsi que le clignotement des paupières ne diffère en rien du mouvement réflexe provoqué par un corps étranger de l'œil ; c'est ainsi encore que le haussement des épaules représente bien l'expression du doute etc ; et pourtant ces mouvements paraissent illogiques, absurdes, parce qu'ils se font hors de propos sans motif apparent.

Ils ne sont pas douloureux, s'exécutent avec une « rapidité électrique » et surviennent par séries de secousses, (4, 5, 6 secousses), séparées par des intervalles plus ou moins longs.

Ces secousses involontaires n'influencent aucunement les mouvements intentionnels, et les malades peuvent exécuter des travaux assez fins même, tant que la fréquence des secousses n'est pas excessive.

Les émotions vives, physiques et morales, augmentent les mouvements, qui disparaissent pendant le sommeil.

Une maladie aiguë intercurrente arrête ou diminue considérablement les tics, qui reparaissent dès que le malade entre en convalescence.

La volonté peut arrêter ou au moins diminuer ces mouvements, mais au prix d'une angoisse caractéristique.

Les tics peuvent atteindre toutes les parties du corps, mais la face et le cou en sont le siège le plus fréquent.

Le tic facial le plus commun est le clignotement des paupières, qui ne diffère du clignotement réflexe ayant pour but de chasser un corps étranger, que parce qu'il est plus brusque et plus intense.

Mais bien d'autres tics ont leur siège à la face : à la bouche c'est le tiraillement des commissures labiales, le mouvement de crachotement ; au nez le soulèvement des ailes du nez ; au front, le froncement des plis du front etc.

Autant sont nombreux et variés les mouvements que peut exécuter la face, autant sont divers les tics qui s'y montrent.

Tous ces mouvements peuvent exister isolément, ou se combiner ; ils peuvent quelquefois être limités à un seul côté de la face.

Au cou, c'est le plus souvent le *spasme saltatoire*, le malade fait le mouvement de flexion de la tête en avant : il a l'air de saluer.

Aux membres supérieurs c'est le *haussement des épaules* ; au bras le tic le plus fréquent consiste dans des mouvements de grattage : grattage du nez, de la joue, de la barbe etc.

Les membres inférieurs sont atteints plus rarement, et les tics y sont exceptionnellement isolés : habituellement les tics des membres inférieurs sont associés avec les autres tics du corps.

Ce qui est tout-à-fait caractéristique chez les tiqueurs c'est qu'ils ne présentent jamais d'incoordination motrice vraie ; les mouvements volontaires ne sont pas troublés : ainsi les malades peuvent très bien écrire et on a cité des cas de tiqueurs capables d'exécuter des morceaux de piano (Trousseau).

Les mouvement de tics, tels que nous venons de les décrire, peuvent se produire seuls ; mais le plus souvent ils sont accompagnés d'autres phénomènes ; le plus simple

consiste dans l'*exclamation involontaire* : en même temps qu'il exécute ses mouvements, le malade jette un cri assez brusque et bref ; d'autres fois, il prononce des mots, qu'il répète hors de propos et sans raison. Très fréquemment ces mots sont grossiers, orduriers : c'est la *coprolalie*, bien décrite par Gilles de la Tourette.

Outre cela, ces malades présentent un autre phénomène que Gilles de la Tourette a appelé *écholalie* ; ils répètent comme un écho tout ce qu'ils entendent dire autour d'eux. De même, ils imitent tous les mouvements et les gestes qu'ils voient faire dans leur entourage ; c'est le phénomène que Charcot a désigné sous le nom d'*échokinésie*.

L'état mental des tiqueurs présente certaines particularités intéressantes : ce sont des malades très émotifs, d'un caractère capricieux, fuyant la société ; ils se font remarquer par une diminution notable de l'attention volontaire ; ils sautent sans raison d'un sujet à un autre : « à côté du *tic des mouvements* ils ont le *tic de la pensée* ».

Enfin ils sont sujets aux idées fixes.

La mémoire et l'intelligence sont le plus souvent conservées.

La maladie débute insidieusement à un âge peu avancé, passe souvent inaperçue.

Comme causes occasionnelles on a cité les émotions vives, la frayeur en particulier, l'imitation. Mais la cause la plus importante est une cause prédisposante, l'hérédité : les tiqueurs sont des dégénérés héréditaires.

La marche de la maladie est le plus souvent progressive, et la thérapeutique absolument impuissante à enrayer cette marche.

OBSERVATION V (résumée).

(Gilles de la Tourette). Maladie des tics.

S. J..., né le 4 juillet 1864 au Havre, employé comptable.

Antécédents héréditaires. — Pas d'antécédents syphilitiques, nerveux ou alcooliques chez les parents.

Antécédents personnels. — Pas de maladie d'enfance; enfant très intelligent.

En 1880 il a remarqué que l'épaule et le bras droits étaient pris de petits mouvements brusques et involontaires; mais malgré ces mouvements il pouvait encore écrire; ce n'est que six mois après qu'il a dû renoncer à son travail de comptable: les mouvements tendaient à se généraliser ayant gagné la jambe droite puis le côté gauche.

A la même époque apparaît un autre phénomène; involontairement et conjointement avec ces mouvements, S... poussait un léger cri inarticulé, sorte de *hein* ou de *ouah* émis assez haut.

En octobre 1882 le malade entre à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot. A cette époque il présentait l'état suivant: 17 ans, grand, assez maigre, santé générale excellente. Caractère doux et timide; léger souffle anémique à la base.

S... exécute une série de mouvements tout particuliers localisés et généralisés, se produisant tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés à la fois. Ces mouvements son

rapides. A la tête ils occupent les muscles du front, épicroraniens, du pavillon de l'oreille, de la commissure de la bouche, qui est rapidement tirée en haut et en dehors : le malade exécute une série de grimaces auxquelles ni les yeux, ni la langue ne prennent aucune part.

A ces grimaces s'associent le plus souvent des mouvements très rapides de balancement et d'élévation des bras, de même que simultanément les jambes, surtout la droite, se fléchissent et se redressent alternativement, le pied droit venant frapper le sol avec force.

Au moment du début de cet ensemble convulsif le malade pousse un cri rauque et inarticulé.

Le sommeil qui est bon, fait cesser complètement tous ces phénomènes. Il ne se passe jamais un jour, ni une demi-heure sans qu'ils ne se montrent.

L'examen suivi et plus approfondi à l'hôpital a permis de constater que le cri que poussait S... prenait dans certaines circonstances un caractère tout spécial : bien que le *hein*, *ouah* existât toujours, le malade se faisait maintenant l'écho fidèle des paroles, et des phrases brèves qu'il entendait prononcer : « Voilà M. Charcot ». Charcot répétait-il immédiatement, en exagérant ses mouvements habituels. Et il ajoutait : « Ah ! voilà, M. Charcot, M. Charcot, M. Charcot » ; le tout accompagné de grimaces et de contorsions.

En dehors de ces sortes de suggestions *nominales* pour ainsi dire, traduites à haute voix et sans que le malade put s'en empêcher, il existait des suggestions *idéatives*. Un jour S... entendit le directeur de l'hospice dire à une concierge, qu'elle ne veillait pas suffisamment à son ser-

vice; aussitôt tout en faisant des contorsions, il répéta tout haut. « Ah! la vache ne fait pas son service, son service. »

Nous insistons sur cette dénomination ordurière, car chez S... ce caractère ordurier du mot ou de la phrase qui accompagnent les gestes est constant. Lorsque le malade n'a pas été frappé par un mot ou par un fait qu'il peut traduire par le langage il accompagne souvent ses contorsions du mot de Cambronne et cela devant n'importe quel auditoire. De même il exprime une idée ordurière d'une façon ordurière.

Les gestes ne présentent rien d'ordurier. Il imite les gestes comme il imite les mots mais dans les circonstances peut-être plus limitées.

V

Chorée chronique.

La chorée chronique est une variété de chorée qui se présente sous la forme d'une *maladie héréditaire* (hérédité le plus souvent similaire, quelquefois transformée) atteignant l'âge adulte.

Elle débute habituellement d'une façon lente et progressive, sans cause occasionnelle apparente, mais par exception peut survenir brusquement après une violente émotion. Ordinairement ce sont les troubles moteurs qui entrent les premiers en scène, mais quelquefois aussi les troubles mentaux apparaissent les premiers.

Les troubles moteurs consistent dans l'apparition de mouvements involontaires, désordonnés, irréguliers, arythmiques et continuels, existant aussi bien pendant le repos que pendant les mouvements intentionnels.

Sans être brusques, ces mouvements sont rapides, et les membres qui en sont atteints restent toujours souples, en raison de ce fait que lorsqu'un muscle ou un groupe musculaire se contracte les antagonistes restent relâchés.

Tout en conservant une certaine vivacité, les mouvements de la chorée chronique sont plus lents que ceux de la chorée vulgaire.

Habituellement c'est la face ou les membres supérieurs qui se prennent les premiers, le reste du corps ensuite.

Les mouvements continuels des différents muscles de la face donnent lieu à des grimaces aussi variées que nombreuses. La langue, le voile du palais, le pharynx, les muscles respiratoires mêmes, et parmi eux le diaphragme particulièrement, sont aussi animés de mouvements du même genre.

La parole est presque toujours troublée, par suite des troubles moteurs des lèvres, de la langue, du voile du palais.

Les mouvements choréiques, nous l'avons vu, s'étendent à tout le corps ; mais ils peuvent prédominer sur tel ou tel groupe musculaire, créant ainsi un tableau symptomatique différent pour chaque malade.

Habituellement la chorée chronique est bilatérale ; mais elle peut être localisée à un seul côté : c'est l'hémichorée chronique.

Les mouvements peuvent diminuer de fréquence et d'intensité pendant le repos, mais ils ne cessent complètement que pendant le sommeil. Les émotions physiques ou morales les augmentent.

La volonté a une certaine influence sur eux et les malades peuvent les arrêter pour faciliter l'exécution des mouvements volontaires ; cependant, certains mouvements intentionnels sont rendus très difficiles, surtout à une période avancée de la maladie ; telle est la marche, qui troublée déjà au début de la maladie devient souvent tout à fait impossible.

La sensibilité générale et spéciale est le plus souvent

conservée; la force musculaire persiste pendant longtemps; l'excitabilité électrique des muscles est normale; les réflexes sont fréquemment exagérés.

On note souvent un affaiblissement notable et progressif de la mémoire et de l'intelligence, pouvant aller jusqu'à la démence complète.

L'évolution de la maladie est lente et progressive et sa durée toujours très longue.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Hoffmann, *Observ. II. Virchow's Archiv. 1888 (1).*)

Femme 34 ans. Chorée depuis l'adolescence. Epilepsie depuis l'enfance à la suite d'une chute. Affaiblissement intellectuel et démence. Hérédité similaire.

Félicité W..., 36 ans célibataire. Elle est la plus jeune de neuf frères et sœurs, parmi lesquels on compte quatre choréïques. Elle fut mise au monde alors que sa mère était atteinte de chorée.

Vers l'âge de 2 à 3 ans elle tomba d'un premier étage et depuis elle a été atteinte d'accès épileptiques qui persistent encore maintenant. Elle apprenait bien à l'école. Elle a toujours été irrégulièrement réglée. Jamais de maladies graves si ce n'est un érysipèle de la face.

Le début de la chorée remonte à ses dernières années d'école. Les mouvements involontaires n'ont jamais été aussi fort chez elle que chez son frère Georges et ont présenté jusque dans ces derniers temps des alternatives d'augmentation et de diminution. Jusqu'à l'âge de 23 ans

1. Citée d'après Huet. Thèse de Paris 1889.

elle pouvait s'occuper à des travaux manuels faciles, mais depuis elle est devenue incapable de tout travail. A cette époque déjà les facultés intellectuelles avaient beaucoup diminué. Elle avait souvent des grimaces dans la face, des secousses dans les épaules, elle ne pouvait conserver les doigts, ni les bras tranquilles, et présentait une démarche spéciale, lente et titubante. Plus tard ont apparu des claquements de la langue, un toussotement continuél sans lésions pulmonaires, sans expectoration, puis des mouvements des lèvres, comme dans l'acte du baiser, puis des mouvements de déglutition.

La déchéance intellectuelle s'est accentuée progressivement et actuellement elle est complètement démente. Elle est gâteuse ; on est obligé de la faire manger.

Depuis longtemps aussi elle est devenue méchante et présente par instants des moments d'excitation.

La parole est monotone, nasonnée et difficilement compréhensible même pour les personnes de son entourage.

Il est difficile de se rendre compte de l'état de la sensibilité à cause de l'affaiblissement intellectuel, mais elle paraît diminuée. Les réflexes tendineux aux membres inférieurs et supérieurs sont exagérés. Pas de clonés du pied. Pas de parésies, ni d'atrophies partielles, mais la puissance musculaire est généralement affaiblie.

Les organes internes et en particulier le cœur sont normaux. La glande thyroïde est un peu volumineuse.

Les mouvements involontaires cessent pendant le sommeil. La face est longue, le crâne et surtout la région occipitale un peu petits ; l'occiput tombe presque à pic sur la nuque. Les pupilles sont un peu dilatées et égales des deux côtés ; elles réagissent bien à la lumière.

VI

Et maintenant, si nous reprenons nos deux observations en détail, et si nous cherchons à en résumer les principaux caractères, nous pouvons constater qu'entre nos deux malades la ressemblance est très grande : tous deux présentent des troubles moteurs de deux ordres : 1° des *troubles moteurs permanents*, 2° des *troubles moteurs intermittents*.

Chez le premier (Obs. I) chez lequel l'affection est généralisée, les membres inférieurs sont en état de contracture spasmodique : c'est un trouble permanent. D'autre part il existe de nombreux troubles intermittents : c'est ainsi que dans la position couchée on constate un certain degré de flexion au niveau des genoux ; dans la position assise les pieds sont en contracture et se trouvent en varus-équin ; au lit les jambes sont animées de mouvements très lents, mais néanmoins très gênants pour le malade.

Aux membres supérieurs il existe un état de contracture semblable et des mouvements spasmodiques identiques plus prononcés cependant du côté gauche.

Nous avons en somme deux sortes de mouvements
1° : des mouvements brusques à grande étendue accompa-

gnés de rigidité des membres ; 2^o des mouvements à petite amplitude, lents, exagérés, continuels et, de même que les premiers, spasmodiques.

Chez le second malade, le bras gauche seul est atteint, mais ici encore nous retrouvons les deux ordres de mouvements signalés dans le cas précédent : d'une part en effet le membre malade est placé derrière le dos, l'avant-bras fléchi sur le bras en état de rigidité spasmodique ; d'autre part des mouvements spasmodiques plus ou moins étendus parcourent tantôt un groupe musculaire, tantôt un autre, mais les doigts surtout sont agités de mouvements divers de flexion, d'extension, d'adduction et d'abduction ; ces mouvements sont assez lents.

Mais ce qui domine la scène, c'est la contracture ; chez l'un, cette contracture survient brusquement du jour au lendemain, un an après l'apparition des premiers mouvements spasmodiques ; chez l'autre, apparaît d'abord un peu de raideur du membre, qui au commencement n'incommode que fort peu le malade ; puis cette raideur s'exagère, et finalement la contracture vient fixer le membre dans la position que nous avons essayé de reproduire par la photographie (Fig. I.).

Les membres ainsi contracturés sont agités de mouvements, et la contracture elle-même, bien que permanente, est susceptible de changer de forme ; le spasme également atteint tantôt un groupe musculaire du membre, tantôt un autre.

Nous voyons donc que nos deux malades tout en présentant des attitudes déterminées de leurs membres peuvent très bien changer ces attitudes pour un temps plus

ou moins long, soit par l'intervention des mouvements brusques de grande étendue dont nous venons de parler soit par l'intervention d'une volonté étrangère, qui peut non sans effort à la vérité, vaincre cette contracture; soit même par un acte volontaire du malade lui-même.

Mais toujours, après le mouvement fait, le membre revient à sa position première; il s'agit donc en somme d'une contracture passagère, ou mieux encore d'un « *spasme intermittent* » (*Oulmont*), spasme fixe qui vient remplacer le spasme mobile.

Etant donnée la lenteur des mouvements spasmodiques, on conçoit assez facilement que, cette lenteur venant à s'accroître, un moment arrive où le membre placé dans une position forcée garde cette position durant un temps assez long pour constituer une contracture; cette contracture, pour chaque malade, présente une régularité constante, donnant au membre atteint l'aspect d'un membre en état de contracture post-hémiplégique.

Dans le travail très complet d'Audry (1) sur l'athétose double nous trouvons ceci: « Il est fort difficile de dire où commence la contracture; à quel moment le spasme succède au simple mouvement; contractures et mouvements se confondent en effet le plus souvent, ces derniers ayant en somme constamment un caractère spasmodique; cependant là contracture domine assez quelquefois pour supprimer les mouvements et placer pour quelque temps les segments des membres dans des positions fixes ».

1. Audry p. 81.

Il faut remarquer que c'est surtout lorsque les mouvements et les spasmes sont violents que les malades cherchent à immobiliser leurs membres dans une attitude moins gênante pour eux, et c'est alors que les contractions viennent remplir cet office.

Ces attitudes auxquelles on pourrait donner le nom d'attitudes de repos, peuvent être plus ou moins prononcées suivant l'intensité des contractures ; le type le plus commun est la flexion de l'avant-bras sur le bras ; c'est ce que nous avons chez nos deux malades, la main agitée de mouvements est placée tantôt entre les genoux (cas de M. Bars (1), tantôt crispée sur les plis du vêtement, tantôt dans la poche (2) ; un de nos sujets serre sa main malade avec l'autre main, lorsqu'il lui arrive de placer son bras malade en avant ; l'autre sujet la met sous l'aisselle où elle est serrée par le bras opposé.

Mais les membres ne sont pas toujours seuls atteints, et la contracture peut se localiser à la face ; tel était le cas rapporté par Brissaud et Hallion (3) :

« Les troubles moteurs prédominent à la face.

Divers muscles de cette région sont dans un *état permanent de contraction*, d'où résulte une expression de physionomie très particulière. La lèvre supérieure et les narines sont élevées, les plis naso-géniens fortement accusés dans leur partie supérieure, les sourcils sont rapprochés de la ligne médiane, les fentes palpébrales un peu

1. Bars. *It case of bilatéral Athelosis. Medical Times et Gaz. Lond.* 1885.

2. Leroy. *Méd. Mod.*, 27 février 1897.

3. Brissaud et Hallion. *Revue Neurolog.*, 1893, p. 314.

rétrécies ; cet ensemble représente assez bien la grimace d'un sujet incommodé par la lumière éblouissante. De plus dans ces mêmes muscles contractés en permanence, se montrent des secousses fréquentes, irrégulières ».

En somme, nos deux malades présentent des troubles de motilité qui se traduisent, et par des mouvements spasmodiques intermittents, et par des contractures spasmodiques permanentes celles-ci n'étant d'ailleurs, comme nous venons de le voir, que des spasmes, mais des spasmes qui se seraient fixés.

Nous pouvons rapprocher des deux observations que nous venons de rapporter, les observations de Leroy, et de Verziloff.

Voici ces observations :

OBSERVATION VII (Leroy)

Auguste D..., né le 19 septembre 1872, actuellement dans sa 25^e année, a été soumis à notre observation pour la première fois il y a 4 ans. Son frère âgé de 11 ans, en bonne santé, et lui, sont les deux survivants de onze enfants dont se composait la famille. Le dernier des enfants est mort à l'âge de 7 ans d'une maladie de cerveau. Il tombait dans des attaques de nerfs. Une fille est morte à 3 ans ; une autre à 2 ans et demi, une à 19 mois et une petite a traîné 1 an. Le père est mort il y a 3 mois d'une tumeur dans le ventre. Rien n'indique qu'il avait des habitudes alcooliques. La mère vit encore.

Etant tout jeune il avait de mauvaises colères et fréquem-

ment il donnait un soufflet sans raison à sa mère tandis qu'elle était assise et cousait. Les institutrices de l'école qu'il fréquentait disaient qu'il avait de méchantes colères, qu'il était fort mauvais et qu'on ne pouvait pas en venir à bout. C'est pour cela que la mère l'a retiré de l'école à l'âge de 4 ans et, par coïncidence, c'est peu de temps après que son affection actuelle débuta. Quelques jours après en effet il commença à trembler. C'est le bras droit qui commença d'abord à trembler, puis un jour ou deux après ce fut le tour de la jambe droite. « Oh ! qu'il tremblait fort », dit la mère. Il entra à l'hôpital où il séjourna 8 jours.

Jusqu'à l'âge de 11 ans il ne put marcher. Il se traînait sur le derrière le mieux qu'il pouvait. En somme il a été cul-de-jatte jusqu'à sa communion. A ce moment son état s'était amélioré pourtant car il accomplit cet acte de la façon suivante : Son père le conduisit et le soutint sous le bras du côté droit par où il penchait et malgré cet appui il tomba 3 fois pendant la durée de la cérémonie. Puis l'amélioration s'accrut encore vers la douzième année. Après avoir vendu des lacets dans les rues en marchant un peu courbé à l'aide d'un bâton, il arriva à marcher tout seul en jetant sa jambe et son bras et se fit marchand de journaux à une époque qu'il indique avec une grande précision, bien qu'il y ait 12 ans de cela, lors d'une catastrophe. Depuis il a continué ce métier. Il nous dit que pour marcher alors il devait traîner la jambe très fort. Des personnes qui l'ont connu il y a un certain temps se rappellent l'avoir vu présentant de la tendance à être entraîné fortement d'un côté.

Etat présent. — C'est un homme de taille moyenne. Sa nutrition et son apparence corporelle ne présentent rien de particulier malgré son état de misère physiologique. Quand il a de l'argent de trop il le dépense au cabaret et boit de l'alcool. Quand il a bu il est très irritable et commet des actes de violence. Jamais il n'a présenté d'attaques d'épilepsie. Quand on le voit marcher il présente l'aspect d'un hémiplégique droit. Le membre inférieur s'écarte tout d'une pièce de l'autre, décrit avec la cuisse un léger mouvement de circumduction qui ramène le pied droit sur la ligne de la marche en empiétant un peu à gauche de celle-ci. Il n'y a point de talonnement.

Du côté de la partie supérieure du corps voici ce qu'on remarque : lorsqu'il marche et que le bras est pendant, on voit de temps en temps le membre droit lancé spontanément en l'air dans l'attitude d'un agité qui discourt, puis ce membre retombe et le phénomène se reproduit à des intervalles plus ou moins espacés qu'il est difficile de déterminer. Mais le plus souvent son attitude est différente et, pour s'opposer à ces mouvements spontanés de gesticulation, il tient son bras droit derrière le dos maintenu par le poignet avec la main gauche. Ou bien la main droite est placée dans la poche du pantalon à droite. Mais elle ne reste pas immobile, car elle est agitée constamment d'un tremblement qui fait qu'il est obligé de renforcer la couture extérieure de cette poche pour ne pas l'user trop vite et de cette façon les grands gestes n'apparaissent plus.

Examiné dans la position fixe on constate qu'il n'existe pas de signe de Romberg. Dans la partie supérieure du

corps on remarque une agitation de tout le membre supérieur avec un ébranlement qui se communique par secousses à l'épaule et aux muscles de la paroi latérale du thorax. L'aspect de ces dernières parties rappelle un peu ce que l'on voit lors de la contraction du peaussier du cheval. C'est un tremblement généralisé à tout le bras grossièrement rythmé d'oscillations à amplitudes moyennes et variant suivant les segments du membre.

A la main il n'y a pas d'écartement des doigts. Ceux-ci sont fléchis dans la paume de la main et le poing présente, lorsque le bras est pendant, des oscillations de pronation et de supination alternantes. Quand l'avant-bras est à angle droit sur le bras, le poing est agité de tremblement qui rappelle le battement d'une mesure à 3 ou 4 temps très accélérée.

Si on lui fait saisir un objet, un bouchon dans la circonstance, placé à sa portée sur une table, on remarque que les troubles d'incoordination s'exagèrent dans les mouvements de la main, le tremblement augmente manifestement. Le poignet et les doigts sont agités, puis la main s'abat brusquement sur l'objet pour le saisir comme dans l'acte de tuer une mouche. Mais une fois la préhension de l'objet, celui-ci n'est pas tenu ferme, il est agité dans la main et les doigts le serrent en le faisant sautiller par des mouvements d'extension et de flexion. Plus l'objet est éloigné, c'est-à-dire plus le sujet allonge le bras pour le saisir, moins l'agitation est grande.

Si on lui donne une main pour la presser avec sa main droite on sent que la pression est très forte et l'on ne constate pendant cet effort aucun mouvement dans l'autre

membre, ce dernier d'ailleurs, comme le membre inférieur gauche, ne présentant rien d'anormal, si ce n'est quelque particularité concernant le réflexe patellaire.

Étant donnée l'instabilité du bras, nous n'avons pu insister sur l'examen de ses réflexes. Rien à noter d'apparent dans la comparaison de la musculature des deux membres supérieurs. Ce sujet voué à la misère physiologique n'a pas de graisse, ses muscles se dessinent bien et la seule particularité à noter c'est que le tonus musculaire paraît les faire ressortir plus à droite qu'à gauche. Pas d'atrophie, pas de déformation ni d'attitude vicieuse fixe présentes ou passées. On peut considérer l'aspect de la main comme normal, sauf que les doigts présentent une peau un peu amincie et rougeâtre. Il peut d'ailleurs s'habiller et se déshabiller seul, nouer ses souliers et boutonner ses vêtements. Le seul de ces actes de la vie journalière qu'il ne puisse accomplir c'est de boutonner le poignet gauche de sa chemise. Pas de trouble de la notion de position. Pas de troubles de la sensibilité. Il sent le froid, le chaud, la piqure et perçoit tous les contacts. Si dans cette position d'attitude fixe, alors que le bras seul tremble, on passe à l'examen du membre inférieur homologue, on voit que la rotule est agitée de mouvements d'oscillations d'ascension et de descente d'un caractère vermiculaire. Elle doit ces mouvements d'oscillations en haut à la contraction du triceps qui se bombe manifestement dans sa partie moyenne surtout et qui contraste alors avec une certaine détente que nous lui trouvons quand le sujet est assis sur le rebord d'une table. A part

cela on n'observe aucun phénomène de tremblement des membres inférieurs dans cette position.

Si l'on fait asseoir le sujet sur le bord d'une table les jambes pendantes, on voit que tout le membre inférieur droit est spontanément agité de secousses et de tremblement. A la jambe et au pied à droite ce sont de petites lancées en avant de ces parties et le pied est dans la position un peu allongée et tourné en dedans. La cuisse tout en reposant sur le plan de la table subit dans son entier un mouvement de vibration dans le sens perpendiculaire. En examinant de plus près les masses musculaires de la partie antérieure, on voit d'abord que l'ensemble du triceps est moins saillant mais plus étalé que lorsque l'on fait cet examen, le sujet étant debout. De plus, on remarque dans la partie médiane de la portion moyenne du triceps un relief en bourrelet dû à une contraction partielle qui dure et disparaît plus ou moins. On observe aussi des secousses musculaires fibrillaires dans tout le triceps, apparaissant comme des oscillations et donnant l'idée d'un corps mou produisant des ondes ou des vagues sous-cutanées. Il y a deux ans, ces phénomènes nous avaient déjà frappé et peut-être à cette époque ces secousses étaient-elles plus nettes pour faire penser à de la myoclonie. La circonférence de la cuisse et de la jambe à droite tout comme au membre supérieur ne présente aucune différence avec les segments similaires du côté gauche.

Le réflexe patellaire est tout ce qu'il y a de plus variable et cela pour les deux tendons rotuliens. Dans nos examens antérieurs nous avons trouvé presque toujours une exagération du réflexe à droite. Aujourd'hui la

percussion du tendon rotulien des deux côtés, même avec la manœuvre de Jendrassik, donne tantôt le réflexe complètement aboli, tantôt exagéré, et s'accompagne dans ce dernier cas pour le côté droit d'un clonus du pied.

Si le sujet descend de la table et s'il appuie le pied ou les pieds par terre, le membre inférieur ne tremble plus et nous le retrouvons dans la position telle que nous l'avons examiné tout d'abord. C'est d'ailleurs un détail qu'il connaît bien puisqu'il dit lui-même que, quand il veut l'empêcher de trembler, il n'a qu'à poser le pied par terre, tandis qu'autrement, même avec la puissance de la volonté ou en détournant son attention, le membre continue involontairement à trembler. La sensibilité générale, comme il a été dit plus haut, est complètement intacte. Il en est de même pour les organes sensoriels. Il existe une abolition du réflexe pharyngé. La face dénote un visage animé : les yeux sont brillants et le regard vif. Les plis de sillons nasolabiaux sont un peu prononcés, mais il n'y a point d'asymétrie. Pas de nystagmus. Dans l'acte de la parole, l'émission des mots se fait peut-être un peu par jets. La mémoire est bonne. L'intelligence, pour un malheureux sans éducation de cette catégorie, n'est nullement altérée ; mais lorsqu'il s'enivre il en arrive parfois au paroxysme de l'ivresse furieuse et commet des actes de violence. Le tremblement est permanent. Il a toujours tremblé comme cela depuis l'âge de 4 ans. Il ne cesse nullement pendant le sommeil. Son frère dit qu'il est impossible de dormir avec lui. Il a plus de force de son bras qui tremble que du côté sain. Quand il va chercher un seau d'eau il le porte avec le bras qui tremble.

Il est surtout méchant quand il a bu de l'absinthe. Même en temps ordinaire, il se livre à des actes impulsifs. Il jette sans motif des couteaux après son frère, jure devant les dames charitables qui rendent visite à sa mère et jette même devant elles ces objets du ménage par terre.

A la face on observe de temps en temps une petite grimace lente à la joue gauche.

A ces mouvements se joint une contracture du poignet fixant la main en flexion exagérée sur l'avant-bras, la même contracture existe au membre inférieur ; le pied est en varus-équín.

OBSERVATION VIII (Verziloff).

La malade E. D... âgée de 19 ans.

Antécédents héréditaires. — La grand'mère et une tante maternelle ont eu des maladies mentales. Grand'père paternel névropathe. Le père de la malade a eu la syphilis 9 ans avant la naissance de la malade ; mère très nerveuse.

Antécédents personnels. — La malade est née avant terme (à 8 mois) ; l'enfant était très chétive et très faible, ne se développait pas bien ; pas de convulsions. L'enfant ne pouvait pas bien tenir la tête et on remarquait qu'il lui était difficile de saisir les objets ; elle les laissait échapper, ou les objets une fois saisis, ne pouvait plus les lâcher.

Vers l'âge de 3 ans on a remarqué des mouvements spasmodiques et irréguliers, surtout au niveau des mains.

L'enfant a commencé à parler de bonne heure, mais à l'âge de 4 ou 5 ans elle ne pouvait pas encore marcher ni se tenir debout ; elle ne pouvait même pas rester assise sans être soutenue.

Vers l'âge de 5 ans apparaissent les mouvements de la face et de la tête, présentant le même caractère, qu'ils présentent actuellement, mais moins prononcés.

A l'âge de 6 ans l'enfant a eu la rougeole ; à la même époque elle a appris à lire, mais n'a jamais pu écrire à cause des mouvements.

Ce n'est qu'à l'âge de 9 ans que la malade a commencé à marcher assez difficilement, il est vrai. A cette époque les mouvements se sont atténués un peu.

A l'âge de 13 ans elle a eu la scarlatine ; il est intéressant de noter que durant toutes les affections fébriles que l'enfant a eues, les mouvements spasmodiques s'atténuaient beaucoup.

Réglée à l'âge de 13 ans et régulièrement depuis ; durant la période menstruelle les mouvements étaient toujours plus faibles.

Le développement intellectuel pendant ce temps, faisait des progrès : la malade apprenait facilement, avait une bonne mémoire, et a même appris plusieurs langues étrangères.

Etat actuel. — En examinant la malade on est frappé de l'existence de mouvements irréguliers au niveau de la face, du tronc et des membres. Ces mouvements ne présentent pas la même intensité dans les différentes parties du corps. Ils sont plus prononcées du côté droit que du côté gauche du corps, et au niveau des extrémités et du cou plus qu'à la face.

Les mouvements intentionnels et l'émotion accentuent ces mouvements involontaires.

A la face ces mouvements sont assez lents, se font dans les différents groupes musculaires et donnent à la face les expressions les plus variées. Le mouvement le plus habituel est le froncement du front, donnant à la figure l'expression d'étonnement. Les fentes oculaires sont habituellement très étroites et les paupières supérieures sont froncées. Les angles de la bouche sont attirés en dehors; la bouche est très élargie, et comme les spasmes sont plus prononcés du côté droit, l'angle droit de la bouche est abaissé.

Si pendant que ces mouvements spasmodiques sont exécutés, la malade veut prononcer quelques mots, ces mouvements ne font que s'accroître et c'est avec beaucoup de difficulté qu'elle arrive à articuler ces mots.

Mais à côté des mouvements spasmodiques plus ou moins constants, il faut noter d'autres mouvements comparables à des tics, mouvements qui se produisent dans les muscles antagonistes de ceux qui se trouvent en état de contraction tonique.

Il faut aussi noter que les mouvements spasmodiques de la face sont surtout prononcés quand la malade tente de faire un mouvement volontaire.

La langue participe aux mouvements de la face.

La parole est assez caractéristique : habituellement il lui est très difficile de prononcer le premier mot et elle le prononce très haut, exécutant en même temps une série de mouvements irréguliers des lèvres et de la tête ; la parole est lente, entrecoupée, scandée.

Les mouvements de la tête sont aussi irréguliers et arythmiques. Ici encore on peut remarquer deux sortes de mouvements spasmodiques : les uns lents, les autres plus brusques ; ce sont d'ailleurs les premiers qui prédominent.

L'attitude habituelle de la malade est la suivante : la tête, tournée à droite, est fléchie sur le thorax ; si la malade veut tourner la tête de l'autre côté, celle-ci commence à exécuter une série de mouvements désordonnés, et si enfin avec un grand effort, elle arrive à faire le mouvement voulu, elle ne reste dans la position acquise que pendant un instant et aussitôt après un mouvement brusque ramène la tête dans sa position première.

Le plus souvent la tête reste fléchie sur le thorax ; les muscles extérieurs du cou se trouvent constamment en état de contraction tonique. Mais ici comme à la face, outre ces mouvements lents, on remarque des mouvements plus brusques, de véritables contractions cloniques ; mais celles-ci n'interviennent qu'à propos des mouvements intentionnels et se produisent dans les muscles antagonistes de ceux qui sont en contraction tonique.

Dans la position assise la malade se tient courbée, parce que les muscles du dos sont très affaiblis.

Aux membres supérieurs les mouvements spasmodiques sont des plus variés ; mais ici encore prédominent deux sortes de mouvements : a) des mouvements lents ; b) des mouvements brusques.

Habituellement les membres supérieurs de la malade sont en état de contraction tonique permanente surtout au niveau de l'épaule et du coude, beaucoup moins au poi-

gnet et aux doigts. Ces contractions sont beaucoup plus prononcées du côté droit, que du côté gauche. Il est souvent très difficile de les vaincre.

L'attitude habituelle des membres supérieurs est la suivante : l'épaule est un peu soulevée et appliquée fortement contre le corps, le coude à moitié fléchi repose sur la face antérieure du thorax, la main en pronation regarde en bas par sa paume.

De temps en temps le caractère des mouvements spasmodiques change, et le plus souvent de la façon suivante : la main est relevée en haut, le bras en supination.

Les doigts sont peu fléchis et la main reste pour ainsi dire suspendue dans l'espace, exécutant une série de mouvements désordonnés de haut en bas ; quelquefois l'épaule est fortement attirée en arrière.

Tels sont les mouvements qui se produisent à l'état de repos relatif ; si la malade est émotionnée ou si elle veut exécuter un mouvement volontaire, les spasmes deviennent si intenses et si irréguliers qu'il est impossible de les décrire.

Mais à côté de ces mouvements de grande étendue, on remarque des mouvements de petite étendue, des mouvements cloniques au niveau de différents muscles.

Il faut noter que les doigts exécutent des mouvements d'athétose, mouvements très lents d'extension et de flexion. A côté de ces mouvements lents il en existe, aux niveau des mains, d'autres plus brusques.

Du fait de ces mouvements spasmodiques la main droite est impotente.

Il faut noter que cette main droite sert à faciliter les

mouvements intentionnels : grâce à la contracture tonique elle serre fortement la main gauche en lui donnant une position fixe.

Les membres inférieurs sont de même agités de mouvements désordonnés, mais ces mouvements sont plus uniformes, plus monotones. Ce sont le plus souvent les mêmes contractions toniques, qui ne changent de caractère qu'à propos des mouvements intentionnels.

Dans le décubitus dorsal les jambes sont étendues, la plante des pieds attirée un peu en bas et tournée en dedans (position de varus équin).

La démarche est très particulière : la malade fait de petits pas, le ventre et le thorax en avant, se balançant de droite à gauche. Les jambes ne se fléchissent pas pendant la marche, le pied droit se soulève à peine, le pied gauche traîne à terre ; en somme elle marche en fauchant de deux côtés.

Les orteils, surtout les gros orteils, sont agités de petits mouvements d'adduction et d'abduction.

A côté de ces mouvements irréguliers, de grande étendue, il existe aux membres inférieurs d'autres mouvements, tantôt à type athétosique, tantôt à type spasmodique clonique.

Il faut noter que ces mouvements peuvent être tellement intenses, qu'ils font tomber la malade. Le sommeil les atténue, mais ne les supprime pas complètement.

Les mouvements actifs, ainsi que les mouvements passifs, se font avec beaucoup de difficulté.

Pas de troubles trophiques ni vasomoteurs ; la sensibilité est normale, les réactions électriques également.

Les réflexes tendineux du fait de la contracture, sont très difficile à rchercher, *l'Intelligence* est très bien développée. *

VII

En présence des deux cas qui font l'objet de cette étude, et dont nous venons de résumer les principaux caractères cliniques, nous avons à nous poser la question suivante :

S'agit-il ici de chorée chronique, de maladie des tics ou d'athétose ? Nous avons vu, en effet, que c'étaient là les trois maladies desquelles se rapprochait le plus le syndrome observé chez nos deux malades.

Prenons d'abord la chorée chronique : la chorée chronique, avons-nous dit, est une maladie familiale, héréditaire ; et c'est généralement l'hérédité similaire qui en est la cause. Or chez l'un de nos malades il existe de la chorée dans les antécédents héréditaires : le père et un oncle paternel ont été choréiques ; mais il s'agissait de chorée vulgaire.

Chez l'autre on ne retrouve aucune hérédité choréique.

Mais bien que ce caractère différentiel ne manque pas d'importance, il n'en est pas moins secondaire, et c'est surtout la nature et la forme des mouvements qui différencient la chorée chronique de nos cas. Et tout d'abord, les mouvements de la chorée sont toujours souples, tandis qu'au contraire chez nos malades, ces mouvements s'accompagnent d'un état de rigidité, de contracture remarquable des membres qui en sont le siège.

D'autre part, si nous savons bien que les mouvements de la chorée chronique peuvent quelquefois être assez lents, ils sont néanmoins toujours plus brusques que ceux dont sont agités les membres de nos deux malades, surtout au niveau des doigts.

Mouvements lents et accompagnés de contracture dans nos cas, mouvements brusques et toujours souples dans la chorée : voici un caractère différentiel de premier ordre.

Dans notre syndrome comme dans la chorée, il est vrai, l'effort nécessaire à l'accomplissement de l'acte voulu, ainsi que l'émotion, augmentent les mouvements involontaires ; mais tandis que dans la chorée chronique les mouvements involontaires augmentent uniformément pendant toute la durée du temps nécessaire à l'accomplissement de l'acte intentionnel, chez nos malades ils n'augmentent que durant la première moitié de ce temps.

Mais en dehors de la dissemblance à peu près complète des mouvements, nous trouvons des caractères différentiels nombreux dans l'étude comparée de la marche, de la parole, de l'intelligence.

Dans la chorée chronique la marche est constituée par une sorte de propulsion, entrecoupée d'arrêts brusques, de gesticulations extrêmement variées, de déviations de côté et d'autre de la ligne droite ; or un de nos malades (Obs. II) ne présente pas de troubles de la marche ; la marche de l'autre (Obs. I) est spasmodique, et ne ressemble en rien à la démarche choréique.

Dans la chorée chronique, dit Glay-Schaw, les paroles sont projetées au dehors ; or, chez un de nos malades

(obs. II), la parole n'est nullement troublée ; l'autre (obs. I) a une parole lente, traînante, nasonnée et gutturale.

La chorée chronique s'accompagne le plus souvent d'un affaiblissement progressif de l'intelligence : chez nos deux malades l'intelligence est intacte ou à peu près.

Signalons enfin que la chorée chronique ne s'accompagne jamais de déformations articulaires, ni de subluxations telles qu'en présente un de nos malades (Obs. I) (déviations de la colonne vertébrale et subluxation de l'astragale).

Cette étude différentielle nous permet de conclure que l'affection dont sont atteints nos deux malades s'éloigne sous bien des rapports de la chorée chronique.

Passons maintenant à la maladie des tics.

Les mouvements de tics sont des mouvements brusques se présentant toujours les mêmes et dans le même ordre, et survenant par accès plus ou moins répétés et plus ou moins longs ; en regardant nos malades exécuter de temps en temps, à intervalles plus ou moins éloignés, un mouvement toujours le même, assez brusque, de grande étendue, mouvement qui remet en avant le bras, appliqué habituellement derrière le dos, on pourrait croire qu'il s'agit d'un tic ; mais un examen plus attentif montre que ces mouvements s'exécutent avec une raideur, qui ne se voit jamais dans le tic.

D'autre part ce ne sont pas les seuls mouvements qui existent et si nous examinons les mains de nos malades, nous voyons que les doigts sont continuellement agités de petits mouvements lents, d'amplitude exagérée, sans rythme aucun et que dans l'exécution de ces mouvements

chaque doigt est indépendant ; en même temps il existe un état spasmodique des doigts ainsi agités ; or, ce ne sont pas là les caractères des tics.

Les tiqueurs, par un effort de volonté, peuvent dominer les mouvements involontaires, au prix d'une angoisse, à la suite de laquelle se produit une sorte de décharge : les mouvements éclatent alors pendant un certain temps avec plus d'intensité et plus d'étendue.

Nos malades n'ont pas d'empire sur leurs mouvements spasmodiques ; au prix d'un effort ils peuvent bien vaincre pour un temps plus ou moins long leurs contractures ; mais les mouvements persistent toujours lents, exagérés et illogiques.

Cette possibilité qu'ont les tiqueurs d'arrêter par la volonté leurs tics, leur permet d'accomplir des actes intentionnels, mais alors les tics disparaissent ; nos malades, non seulement ne peuvent pas arrêter leurs mouvements involontaires pendant l'exécution des actes intentionnels, mais nous avons même vu que ces mouvements s'accroissent à propos d'un acte intentionnel ou d'un effort.

La maladie des tics, pas plus que la chorée chronique n'offre donc d'analogie véritable avec nos deux cas.

Quant à la confusion avec la contracture hystérique il suffira de se rappeler que nos deux malades peuvent vaincre leur contracture par un effort de volonté ; or la contracture hystérique ne cède que pendant le sommeil chloroformique.

Il nous reste maintenant l'athétose.

L'athétose se manifeste par des mouvements involon-

taires, surtout accusés aux doigts ; ces mouvements sont de petite étendue, lents, exagérés, illogiques, ne présentant pas la souplesse qui caractérise les mouvements choréïques, mais s'effectuant au contraire avec raideur ; or tels sont précisément les caractères des mouvements exécutés par nos deux malades. Il en est de même des autres mouvements involontaires des membres supérieurs et inférieurs, que nous avons suffisamment décrits dans un autre chapitre pour ne plus y revenir ici.

D'autre part, les contractures que nous avons observées dans nos deux cas ne ressemblent nullement aux contractures vraies, qui ne peuvent être vaincues ; elles sont en vérité plus prononcées que celles habituellement observées dans l'athétose, mais il ne s'agit en somme que d'une question de degré ; et si on se rappelle que les contractures de l'athétose ne sont autre chose que les mouvements spasmodiques qui se sont fixés, on comprendra aisément que, suivant l'intensité de cette fixation, la contracture résultante soit plus ou moins intense.

Les autres signes secondaires tels que la déviation de colonne vertébrale, la subluxation de l'astragale, les troubles de la démarche, de la parole (obs. I), le signe de l'orteil, tous ces signes plaident bien en faveur de l'athétose.

Ainsi dans nos deux cas nous avons eu affaire au même syndrome athétose, avec cette différence toutefois que chez l'un, elle est bilatérale, chez l'autre simple.

Quant à la *nature* de l'affection elle ne nous paraît pas être la même dans les deux cas.

Dans le premier cas le début de l'affection remonte à l'enfance ; la maladie s'installe lentement, sans cause oc-

casionnelle appréciable, et envahit progressivement tous les membres et la face ; ce cas nous paraît donc rentrer dans la classe des athétoses doubles d'origine cérébrale, en d'autre terme il existerait des lésions organiques de l'encéphale, lésions dont le siège et la nature sont encore inconnus ou à peine entrevus : le petit nombre d'autopsies faites jusqu'à présent, n'a pas révélé de lésions constantes.

Dans le second cas, l'hémiathétose n'est pas survenue à la suite d'une hémiplégie, contrairement à la règle ; elle est survenue brusquement à la suite d'une chute et à une époque où le malade était franchement hystérique. Si nous consultons, en effet, l'observation qui date de 1892, époque à laquelle le malade était soigné pour la première fois dans le service, nous voyons qu'il présentait alors des stigmates d'hystérie, tels que l'hémianesthésie, le rétrécissement du champ visuel, la boule hystérique, les crises mêmes (très légères il est vrai) ; en y joignant le caractère bizarre qui était déjà signalé en 1892 et qui ne s'est guère modifié depuis, les hallucinations qu'il présente actuellement, le récit en partie contradictoire qu'il a fait de l'évolution de sa maladie dans les deux observations successives, nous nous croyons en droit d'admettre qu'il s'agit ici plutôt de troubles dynamiques, que d'une lésion organique.

CONCLUSIONS

1° Le syndrome athétose, tel que nous l'avons observé dans nos deux cas, se présente sous une forme atypique, caractérisée surtout par une contracture spasmodique des membres supérieurs.

2° Cette contracture qui peut être vaincue soit par la volonté du malade lui-même, soit par l'intervention d'une volonté étrangère, diffère des contractures organiques d'une part et des contractures hystériques d'autre part.

3° C'est une contracture variable qui n'est en somme que l'exagération du spasme.

4° Cette contracture imprime aux membres atteints une physionomie qui pourrait faire croire à une contracture vraie post-hémiplégique ou hystérique.

5° Il faut bien savoir différencier ces cas d'athétose avec fausse contracture des cas de contracture vraie, dynamique ou organique.

Vu : le président de la thèse,
BRISSAUD

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Hammond. — Traetise of diseases of the Nervous System (1871).

Glyfford-Albutt. — Case of athetosis (Med. Times, 1872).

Gloy-Schaw. — On athetosis or imbecility with ataxia (St. Bartholomew's Hospital. Reports. Vol. IX, 1873).

Pardon. — Case of athetosis (Brit. med. journ. 1873).

W. Cowers. — Athetosis and post-hemiplegie disorders of movement (Medico-surgical transactions, London, 1876).

Rosenbach. — Ist man berechtigt den athetose genannten Symptomen complex durch einen besonderen Namen auszuzeichnen (Virchow's Archiv, 1876).

Raymond. — Etude anatonmo-physiol. et clin. sur l'hémicharie (Thèse de Paris, 1876).

Grasset. — Revue critique de l'athétose (Thèse de Paris, 1877).

Oulmont. — Etude clinique sur l'athétose (Th. de Paris, 1878).

Kinicutt. — Procœding of the americ. neur. ass. (The Bost. m. journ., 1878).

Mœbius. — Ein Falle von congenitales Motilitaets neurose (Arch. für Heilk. 1878).

Landouzy. — Note sur un cas d'athétose (Progrès Méd. 1878).

Dreschfeld. — Sur quelques cas d'athétose (Revue mens. de med. et de chir , 1878).

Jouglà. — Contribution à l'athétose (Revue med. de Toulouse, 1878).

Beach. M. D. — Athetosis of Both sides of the body not associated with épilepsy (Brisiich med. journ. Iand. 1879 n: 815).

Brousse. — Quatre nouveaux cas d'athétose (Montp. Med. 1879).

Murell. — Case of athetose (Lancet, 1879).

Chapter. — Athetosis and incordination of movement (Brain, 1880).

Brissaud. — Thèse de Paris, 1880.

Berger. — Reel Encyclopedie der gesammten Heilk., 1880).

Beach. — On cases of athetosis (The Brit. Med. journ., 1880).

Grasset. — Localisation dans les maladies cérébrales.

Ladislav Pollak. — Ein Fall von angeborener spastischer spinal Paralyse und beizeitiger Athetose (Berl. Klin. Wochenschr., 1880).

Seeligmuller. — Ueber athetose (Schmidts Jahrsb., 1881).

Warner. — Cases of athetosis (Brain, 1881).

Delhomme. — Contribution à l'étude de l'atrophie cérébrale infantile (Thèse de Paris, 1882).

Mitchell. — Athetosis and athetoid movements (Edinburg Méd. Journ. 1882).

Greidenberg. — Nouveau cas d'athétose (Wratch. St-Petersb.), 1882.

Konovalov. — Un cas d'athétose (Wratch. St-Petersb. 1882).

Hollis. — Athetosis with remarks (Practitioner. London, 1883).

Bernhard. — Ueber Athetose (Inaug. Dissert. Würzburg, 1884).

Bares. — A case of bilateral athetosis (Méd. Times, 1885).

Lœvenfeld. — Ein Fall {multipler Neuritis mit Athetosis
(Neurol. Centralbl. 1885).

Richardière. — Etude sur les scléroses encéphaliques
(Thèse de Paris, 1885).

Rubino. — Atetosi e paramioclano multiplo (Riforma medica et Boll. de clin. Milano. 1886).

Lannois. — Nosographie des chorées (Thèse de Paris, 1886).

Hurrela. — Athetosis bilateralis (Centrall. für Neurol.
1887).

Kussmaul. — Fall von doppelzeitiger Athetose (Berl. Klin.
Wochenh, 1887).

Greenless. — Note on a case of athetosis (Brain, 1887).

Blocq. — Des contractures (Thèse de Paris, 1887).

Bourneville et Pillet. — Deux cas d'athétose double avec
imbécillité (Arch. de Neurol. 1887-1888).

Blocq et Blin. — Note sur un cas d'athétose double (Revue
méd. 1888).

Brousse. — Un nouveau cas d'athétose double (Gaz. hebd.
Montp. 1888).

Degerine et Sollier. — Premier cas d'autopsie d'athétose
double (Soc. anat. 1888).

Massalongo. — Dell'atetose doppia Collez. ital. Letture
salla Medicinen Série V, n° 3, 1888.

Charcot. — Leçons du mardi, 1888-1889.

Wiszwianski. — Beitrage zur der Lehre von der Athetose
(Thèse de Würzburg, 1889).

Von Kraft-Ebing. — Ein Beitrag zur Athetosis idiopathica
bilateralis (Wiener. Klinische. Wochenschrift, 1889).

Eulenburg. — Ueber Athetose (Wiener med. Presse, 1899
XXX).

- Giboteau.** — Notes sur le développement des fonctions cérébrales. (Thèse de Paris 1889).
- Huet.** — De la chorée chronique. (Thèse de Paris 1889).
- Ollivier.** — Chorée et athétose doubles. (Leçons cliniques sur les maladies des enfants, 1889).
- Max Schaede.** — Ueber Athetose (Strasb. med. Fac. Inaug. Diss. 1889).
- Lagner.** — Ueber athetotische Belegungen bei Tabes (Neur. Centralbl., 1890).
- Ch. Simson.** — Case of. congenital spastic paraplegia. Bilateral athetosis, and mental defect (Edinb. med. Journ. 1890).
- Catrou.** — Etude sur les maladies des tics convulsifs. (Thèse de Paris, 1890).
- Chavanis.** — Observ. d'athétose généralisée. (Loire médicale 15 mars 1891).
- Putnam.** — Child with double athetosis, autopsy. (The journ. of. Nerv. and ment. Disease. N. T. 1891).
- Ch. R. Mills.** — Autopsy on a case of. athetosis spasm. (The journ. of. nerv. and ment. Dis., 1891).
- W. Osler.** — On double athetosis (American Neurolog. Assoc. of. Washington, 1891).
- Sollier et Malabert.** — Nouvelle iconogr. de la Salpêtrière, 1891.
- Janovitch.** — Tic convulsif des enfants. (Thèse de Paris, 1891).
- Michailowsky.** — Etude clinique sur l'athétose double. (Thèse de Paris, 1892).
- Audry.** — L'athétose double et les chorées chroniques de l'enfance, 1892).

- Blocq.** — Athétose double. (Gazette hebdomad. 1892).
- Combe.** — Contribution à l'étude de l'hémiathétose primaire. (Rev. méd. de la Suisse, 1892).
- Noir.** — Etude sur les tics. (Thèse de Paris, 1893).
- Rend.** — Zur Kenntniss der Cerebralen Diplegien der Kindersalters, 1893.
- Joffroy.** — Sem. Méd., 1893.
- Lannois.** — Diplégie de l'enfance. (Rev. de méd. 1893).
- Brissaud et Hallien.** — Athétose double. (Rev. Neur., 1893).
- Chauffard.** — Maladie de Friedreich avec attitudes athétoïdes. (Sem. Méd., 1893).
- Douillet.** — Observ. d'athétose double cérébr. infantile (Dauph. méd., 1893).
- Moussons.** — Un cas d'athétose double (Mém. et bull. de la soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1893).
- Roque.** — Contracture et athétose (Lyon Méd., 1893).
- Babinski.** — Contractures hystériques et organiques (Soc. méd. des hôp., 1894).
- Heinrich Schaeffer.** — Ueber Athetose, 1894.
- Blumenan.** — Mediz. Obozrenie (Moskou, 1894).
- Eichhorst.** — Arch. fur. pathol. anat. (Berlin, 1894).
- Mouratoff.** — Mediz. Obozrenie (Moskou, 1895).
- Hermann.** — Mediz. Obazr. (Moskou, 1896).
- Verziloff.** — Med Obazr. (Moskou, 1896).
- Grancher.** — Rev. int. de Med. et de Chir., 1896).
- Landrieu.** — Un cas d'athétose hystérique. (Rev. gen. de cl. et de théor., 1897).
- Kaiser.** — Neurol. Centralbl. (Leipzig 1897).
- Von Kraft Ebing.** — Alg. Wien. Med. Zeit., 1897.
- Leroy.** — Med. Moderne, 1897.

Sander. — Ein Fall van Athetose (Neurol. Centralbl. Leipz. 1897).

Stieglitz. — Double athetosis fram infant. cerebr. palsy. (J. Nerv. and Ment. Dis. N. J. 1898).

Rüdel. — Ueber Athetose und Taenia sagittates (Dent. Med. Wach. Leipz. und Berl., 1898).

Zweig. — Ein Fall von Geheilter Athetosis bilaterales (Wien. Klin. Rundschau, 1898).

Pinatelle. — Deux observ. d'athétose. (Loire Méd., St.-Etienne 1898).

Mills. — Athetosis and athetoid affections (Am. Fest. Bk. Dis. Child. Zed. Phila. 1898).

Gilles de la Tourette. — Maladie destics (Sem. Méd., 1899).

Charcot. — Leçons sur les maladies du syst. nerveux.

Dictionnaire Dechambre. — Différents articles.



Fig. 1



Fig. 2





Fig. 3



Fig. 4

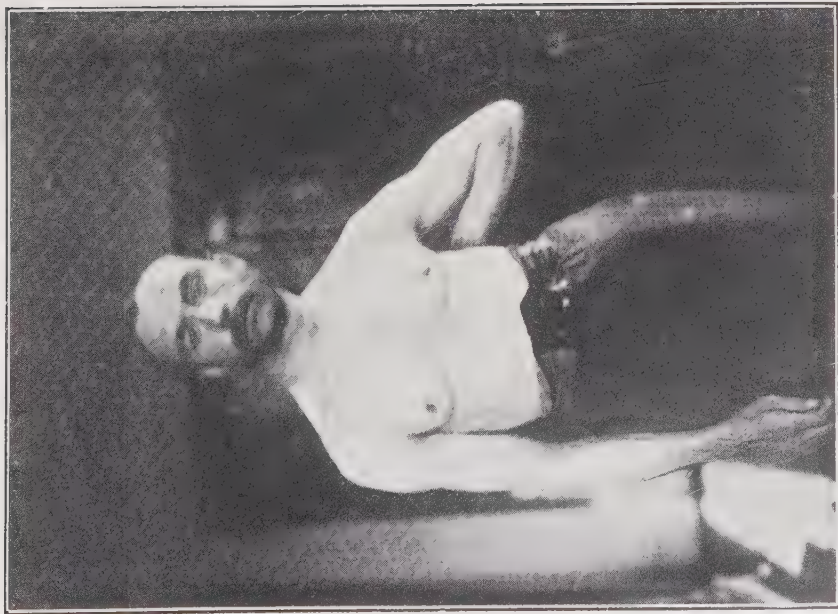


Fig. 5



Fig. 6

